



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FONOAUDIOLOGÍA

**“ALTERACIONES DEL LENGUAJE Y EL DISCURSO EN PERSONAS
CON ESQUIZOFRENIA”**

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Fonoaudiología y al Título de Fonoaudiólogo.

Alumnas:

Paula Anjarí Figueroa.

Claudia Bascuñán Valdés.

Sandra Briceño Baeza.

Paulina García Moggia.

Profesor Guía:

Dr. Claudio Stuardo Escobar.

Profesor Asesor:

Flga. Begoña Góngora Costa.

Valparaíso, Chile, enero de 2007.

*A mis padres, por hacer de mis sueños los suyos;
a mis amigos por alentarlos;
a Pauli, Clau y Pau por compartirlos.*

Sandra.

*A mi familia, por el eterno cariño y apoyo que me han dado,
a mis amigos, por su comprensión y constante aliento,
a Clau, Pauli y Sandra, por todo lo compartido este año,
y a aquellas amigas con quienes comencé este camino que ahora llega a su fin.*

A todos...muchas gracias...los quiero.

Paula.

*A mis padres, ejemplo y pilares de mi vida,
quienes me han apoyado sin cuestionar en ningún minuto mis decisiones
y me han demostrado que todos los obstáculos son superables.
A mis amigos, porque son parte fundamental de esta historia, por su preocupación y apoyo.
A mis amigas "las fono", que durante estos cinco años me han hecho sentir cerca de casa.
A Pau, Sandra y Pauli, por las experiencias compartidas este año y la entrega en el trabajo.*

A todos ustedes... ¡¡¡muchas gracias!!!...

Clau.

*Infinitas gracias a todos los que me acompañaron en esta etapa:
a mis padres, por ayudarme a hacer realidad sueños y por su inmenso amor y confianza;
a mis maravillosos hermanos y amigos, por su alegría, apoyo y constante preocupación;
a Julián, por transmitirme un poco de su energía, por su enorme respaldo y comprensión;
a mis compañeras de tesis, por su trabajo, paciencia y valiosa amistad
y, en especial, a Titita, por todo...*

¡Los quiero!

Pauli.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todos quienes de una u otra forma contribuyeron a la realización de nuestra investigación. Al Dr. Claudio Stuardo, por el constante apoyo, dedicación y confianza entregados. A la Fonoaudióloga Begoña Góngora, por sus valiosas sugerencias y acertados aportes a este trabajo. A la Sra. Patricia Valdivia, por su excelente disposición y dedicación al corregir la redacción de este informe de tesis. Al equipo de apoyo metodológico de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, por la orientación dada para el desarrollo del estudio. A los especialistas que participaron en el procedimiento Juicio de Experto. A las Fonoaudiólogas Beatriz Didier y Cassandra Araya, por las sugerencias e información entregadas al inicio del proceso. A “Casa Club”, en especial a los pacientes que participaron en el pilotaje, a la Psicóloga Begoña Arellano, por permitirnos realizar el procedimiento en este Centro y a la Sra. Daisy Aramayo, por su hospitalidad. Agradecemos, también, a la Unidad de Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota, en especial, a la Sra. Lucía Vicentela y Sra. Graciela Díaz, por su amabilidad y disposición. Al Centro Diurno de este hospital, especialmente a Fairuz Chalub, por su colaboración. Finalmente, nuestro más sincero agradecimiento a los protagonistas de esta investigación, los pacientes que colaboraron e hicieron posible la realización de este estudio.

ÍNDICE

Resumen.....	7
Introducción.....	8
1. Marco Teórico.....	10
1.1. Esquizofrenia.....	11
1.1.1. Epidemiología.....	12
1.1.2. Etiología.....	12
1.1.3. Cuadro Clínico.....	13
1.1.4. Criterios diagnósticos.....	14
1.1.5. Dimensiones clínicas.....	14
1.1.6. Tratamiento.....	16
1.1.7. Evolución y Pronóstico.....	17
1.2. Lenguaje.....	18
1.3. Discurso.....	20
1.4. Lenguaje, Discurso y Esquizofrenia.....	26
2. Metodología.....	29
2.1. Diseño del estudio.....	36
2.2. Objetivos.....	36
2.2.1. Objetivo General.....	36
2.2.2. Objetivos Específicos.....	36
2.3. Selección de los sujetos.....	36
2.4. Variables.....	37
2.5. Instrumentos de recolección de información, definición y medición de variables.....	40
2.5.1. Anamnesis.....	42
2.5.2. Examen Mínimo del Estado Mental.....	42
2.5.3. Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados	42
2.5.4. Protocolo Pragmático de Prutting y Kirchner.....	
2.5.5. Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.....	43

2.6. Procedimiento de evaluación.....	46
2.7. Criterios de aplicación.....	47
2.8. Definiciones Operacionales.....	48
2.9. Método de análisis.....	48
3. Análisis de resultados.....	50
3.1. Descripción de resultados por paciente.....	50
3.2. Resumen de resultados.....	65
3.2.1. Tablas.....	66
3.3. Presentación de gráficos.....	68
3.3.1. Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados.....	68
3.3.2. Protocolo Pragmático de Prutting y Kirchner.....	69
3.3.3. Escala de Evaluación de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.....	72
4. Discusión y conclusión.....	74
Glosario.....	85
Referencias Bibliográficas.....	89
Anexos.....	93

RESUMEN

Diversos investigadores han estudiado los trastornos de lenguaje y el discurso en Esquizofrenia, sin embargo, el tema aún continúa siendo controversial. En este marco, el presente estudio tuvo como objetivo identificar y describir las alteraciones lingüísticas y discursivas en diecisiete pacientes diagnosticados con esta enfermedad, en fase de estabilización, que se controlaron durante los meses de julio y agosto de 2006 en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota, Quinta Región, Chile. Con este fin, se utilizó la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el Protocolo Pragmático de Prutting y Kirchner y la Escala de Evaluación de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación. Los datos recolectados indicaron que once de los sujetos evaluados manifestaron una reducción de la fluidez verbal semántica, doce alteración de la pragmática y once del discurso conversacional. Estos resultados evidenciaron el logro de los objetivos planteados para este estudio, observándose que la heterogeneidad de los síntomas del cuadro, también, se manifiesta en el desempeño lingüístico y discursivo de los pacientes con Esquizofrenia. Sin embargo, debido al reducido tamaño de la muestra, no fue posible extrapolar los resultados a la población que padece esta patología. Aún así, se plantean las bases para realizar otros estudios dentro del campo y para la integración del profesional Fonoaudiólogo al equipo multidisciplinario encargado del tratamiento de las personas con Esquizofrenia.

Palabras clave: *Esquizofrenia, Lenguaje, Pragmática, Fluidez Verbal Semántica, Discurso Conversacional.*

INTRODUCCIÓN

La Esquizofrenia es una de las enfermedades de salud mental más antiguas de la historia de la Psiquiatría. A pesar de no ser un trastorno de prevalencia elevada, ya que sólo está presente en el 1% de la población mundial, tiene un alto impacto en la sociedad, debido a que acarrea una serie de dificultades que afectan la calidad de vida de las personas que la padecen. Este cuadro se caracteriza por una manifestación clínica muy heterogénea, evidenciándose síntomas sumamente variables entre una persona y otra. Dentro de las anomalías que se describen están: ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento desorganizado, aplanamiento afectivo y déficits cognoscitivos. Entre estos últimos, se describen desórdenes del pensamiento, atención, funciones ejecutivas, memoria y lenguaje.

En lo que concierne a las alteraciones del lenguaje, cabe destacar que para los efectos de este estudio, éstas fueron consideradas sólo como alteraciones en los aspectos formales y funcionales del lenguaje. De esta forma, habría una serie de déficits lingüísticos, específicamente semánticos y pragmáticos, que le impedirían a la persona con Esquizofrenia lograr una interacción fluida y, poco a poco, la llevarían a interrumpir su comunicación con el entorno social. Asimismo, se describe que las dificultades se hallarían, principalmente, en la producción del discurso, el que se encontraría empobrecido y se manifestaría poco comunicativo debido a transgresiones de los estándares de textualidad y, además, a perturbaciones de los aspectos formales y funcionales del lenguaje.

De esta forma, la importancia de realizar esta investigación radica principalmente en cuatro aspectos. En primer lugar, la reintegración a la sociedad de las personas con Esquizofrenia podría verse dificultada por alteraciones del discurso y de los aspectos formales y funcionales del lenguaje, las que, si bien, han sido estudiadas por diversos autores, aún siguen causando polémica entre los investigadores. En segundo término, existe poca información acerca del desempeño lingüístico y discursivo de pacientes chilenos con esta enfermedad, debido a que en este país se han realizado escasos estudios al respecto. En tercer lugar, la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del lenguaje y del discurso de estas personas podrían convertirse en un nuevo campo de acción para el profesional

Fonoaudiólogo. Por último, actualmente, en Chile, el Plan AUGE incluye el abordaje de quienes padecen Esquizofrenia, por lo que es necesario realizar un manejo integral, que incluya todos los aspectos que se ven alterados.

En este contexto, el presente estudio descriptivo, observacional, casuístico y de carácter prospectivo surgió de la interrogante: ¿qué tipo de alteraciones del lenguaje y el discurso presentan pacientes chilenos con Esquizofrenia?. Así, esta investigación tiene como objetivo general identificar y describir alteraciones del discurso conversacional y de los aspectos formales y funcionales del lenguaje en un grupo de pacientes chilenos con Esquizofrenia que se encuentran en fase de estabilización. Para lograr esto, se medirá la fluidez verbal semántica, utilizando la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados de Goodglass y Kaplan. Además, se analizará el aspecto pragmático del lenguaje utilizando el Protocolo Pragmático de Prutting y Kirchner. Por último, se evaluará de forma global el discurso conversacional, usando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación de Andreasen. Esta Escala, permite analizar en el discurso tanto aspectos formales y funcionales del lenguaje como aspectos de textualidad. Todo lo anterior será efectuado en pacientes chilenos con diagnóstico de Esquizofrenia que se controlan durante los meses de julio y agosto de 2006 en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota, Quinta Región, Chile.

En el presente informe de tesis, se expondrá, en primer lugar, el marco teórico que sustenta este estudio, incluyendo las principales características de la Esquizofrenia, el lenguaje y el discurso, además de los fundamentos teóricos que establecen una relación entre las alteraciones lingüísticas y discursivas y esta patología. En segundo lugar, se darán a conocer las herramientas utilizadas para lograr los objetivos planteados y los criterios de selección de la muestra. Asimismo, se detallará el procedimiento que se siguió y el método de análisis de la información recolectada. En tercer lugar, se presentarán los resultados obtenidos y, luego, se realizará la discusión de éstos en contraposición con la bibliografía revisada. Por último, se hará referencia a los comentarios finales de esta investigación.

CAPÍTULO 1: MARCO TEORICO

Las herramientas que se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de las diversas enfermedades se han perfeccionado a través de los años. Si bien esto ha permitido mejorar la salud y la calidad de vida de la población, aún queda mucho por hacer para influir en forma definitiva sobre los trastornos de salud mental. En este ámbito, destaca la Esquizofrenia, la que afecta directamente diferentes aspectos de la vida de quienes la padecen. En esta patología, o grupo de patologías¹, se han observado alteraciones lingüísticas y discursivas que interfieren en la interacción social y, por ende, impiden de una u otra forma la reintegración de las personas al mundo que los rodea. Al respecto, son diversos los investigadores que describen los desórdenes en esta área, sin embargo, en Chile, se han realizado muy pocos estudios de lenguaje y discurso en Esquizofrenia. Investigar sobre el tema resulta de especial interés en el ámbito fonoaudiológico como potencial campo laboral, debido a que este profesional podría realizar importantes aportes en el tratamiento integral de los pacientes, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

El presente capítulo ilustra toda la información encontrada en lo que a estudios de lenguaje y discurso en Esquizofrenia se refiere. El objetivo de esto es conocer las características en las cuales se debe poner especial atención a la hora de efectuar un estudio de carácter descriptivo en Chile. Con este fin, en este apartado se detallará la Esquizofrenia, incluyendo sus características principales, etiología, cuadro clínico y tipos. Luego, se hará referencia al lenguaje y los diversos aspectos que lo componen, y al discurso. Finalmente, se expondrán los fundamentos por los cuáles se ha decidido hacer un estudio descriptivo sobre discurso, pragmática y fluidez verbal semántica en pacientes que padecen esta enfermedad.

¹ Comúnmente se plantea la Esquizofrenia como si fuese una enfermedad, aunque la categoría diagnóstica abarca un grupo de trastornos, probablemente con causas heterogéneas, pero con síntomas conductuales de alguna forma parecidos. Los pacientes con Esquizofrenia exhiben diferentes cuadros clínicos, respuestas al tratamiento y curso de la enfermedad (Kaplan, 2000).

1.1. Esquizofrenia

Esta enfermedad es el trastorno mental más íntimamente relacionado con la historia de la Psiquiatría. Pertenece al grupo de las psicosis, término que se utiliza para definir una grave incapacidad de las funciones del juicio de realidad, que lleva al paciente a sacar deducciones incorrectas respecto de la realidad externa. Sin embargo, esta patología no siempre ha sido reconocida como tal, ya que antiguamente era entendida como un proceso relacionado con una posesión divina. Más tarde, en el siglo XVIII, es considerada cosa de enfermos (lunáticos), por lo que es mirada con temor al contagio y quienes la poseen son condenados al aislamiento. Es, en este momento, cuando la persona con psicosis pasó a ser objeto de estudio. A partir de dichos análisis, el concepto ha ido evolucionando desde Kraepelin (1896) hasta la actual definición que señala la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento (1992).

Actualmente, la Esquizofrenia se considera como una enfermedad o enfermedades de carácter crónico que afectan al cerebro, manifestándose en una gran variedad de síntomas identificables. Ésta:

se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones; estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma (Organización Mundial de la Salud, 2001).

1.1.1. Epidemiología

La Esquizofrenia es uno de los trastornos de salud mental que parecen ser más estables, tanto a lo largo del tiempo como en los diferentes lugares. Respecto de su prevalencia, esta enfermedad se manifiesta en el 1% de los habitantes a nivel mundial, provocando un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que la padecen. En Chile, se presenta con una frecuencia de alrededor de 0,9 % en la población mayor de 15 años (Kohn, Rioseco, Saldivia, Torres & Vicente, 2002) y su incidencia en el país se puede calcular en 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año (Ministerio de Salud, 2002). Por otra parte, esta enfermedad se presenta característicamente en la adolescencia, manifestándose en el 75% de los casos entre los 15 y 35 años, siendo más tardía y de mejor pronóstico en las mujeres. Finalmente, cabe destacar que la Esquizofrenia es la décimo cuarta razón por la cual se pierden años de vida saludables y la cuarta en relación con los trastornos de salud mental (Stuardo, 2005).

1.1.2. Etiología

Las causas de la Esquizofrenia son múltiples, acumulativas e interactivas, por lo que el desencadenamiento de los síntomas y su explicación siguen siendo un desafío. Sin embargo, se han logrado identificar posibles factores etiológicos que confluyen, dando como resultado la manifestación del cuadro (Stuardo, 2005).

En primer lugar, se ha demostrado la importancia del componente genético en la concepción de esta enfermedad. Se encontró una relación proporcionalmente directa entre el parentesco genético y las posibilidades de padecer el cuadro. Así, las probabilidades aumentan si la afección está presente en el mellizo monocigótico o si ambos padres la sufren.

En segundo lugar, es importante mencionar las hipótesis que establecen ciertas alteraciones a nivel cerebral. Por un lado, se señalan alteraciones anatómicas, como el crecimiento de los ventrículos cerebrales², el cual fue estudiado a través de técnicas de

² Al respecto se señala que podría existir una asociación entre aumento de tamaño de los ventrículos laterales y gravedad de la enfermedad. También, éste se correlacionaría con parámetros clínicos como alteraciones

neuroimagen. Por otra parte, se indican una serie de desórdenes en la neurotransmisión, entre los cuales los más estudiados han sido la hiperactividad dopaminérgica³ y la desregulación del Glutamato⁴. Éstos causarían alteraciones funcionales en distintas áreas del Sistema Nervioso Central.

Por último, otra posible causante es la alteración del neurodesarrollo, la cual se llevaría a cabo en edades tempranas, interfiriendo en la normal migración celular y perturbando, también estructuras y funciones cerebrales. De este modo, las hipótesis planteadas anteriormente se han concentrado en un modelo vulnerabilidad – estrés, donde la persona tendría una debilidad genética que, sumada a agentes ambientales, desencadenaría el cuadro esquizofrénico.

1.1.3. Cuadro clínico

En la actualidad, se señalan cuatro grupos de síntomas que se manifiestan en la enfermedad, los cuales son: positivos o productivos, negativos, afectivos y cognitivos. Dentro de los primeros, se pueden mencionar alucinaciones, delirios, alteraciones del curso formal del pensamiento y desorganización conductual. Entre los segundos, se describe aplanamiento emocional, disminución de la actividad, apatía, alogia, anhedonia, falta de iniciativa y retraimiento social. En lo referido a los síntomas afectivos, éstos se manifiestan como depresión y disforia. Por último, se encuentran desórdenes a nivel cognitivo debido a una alteración severa en el procesamiento de la información. Entre éstas, se observa disminución de la atención y de la memoria, déficits de las funciones ejecutivas y pérdida de la jerarquización, es decir, todos los estímulos y situaciones tendrán la misma importancia. (López & Malagold, 2001; Stuardo, 2005).

cognitivas, baja incidencia de alucinaciones y delirios, pobre respuesta al tratamiento y presencia de síntomas negativos (Silva, 1993).

³ Teoría que postula que la Esquizofrenia es el resultado de un exceso de actividad dopaminérgica. La teoría básica no da más explicaciones acerca de si esta hiperactividad es debida a un exceso de liberación de dopamina, a un exceso de receptores dopaminérgicos, a una hipersensibilidad de estos receptores a la dopamina o a una combinación de todos estos mecanismos (Kaplan, 2000).

⁴ Modelo que postula una relación entre la Esquizofrenia y la disminución de la actividad de un receptor del glutamato llamado N - metil – D - aspartato, lo que desencadenaría síntomas psicóticos (Kaplan, 2000).

1.1.4. Criterios diagnósticos

El diagnóstico de la Esquizofrenia es eminentemente clínico, siendo importante la realización de una adecuada historia y observación clínica por parte del especialista. Sin embargo, se han diseñado criterios para unificar la valoración cualitativa de estos pacientes. Entre éstos, los más utilizados en la actualidad son los propuestos por la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (1992) de la Organización Mundial de la Salud (ver Cuadro 1) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su Cuarta Edición (1994) de la American Psychiatric Association (ver Cuadro 2) (Silva, 2001).

- Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente, o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro:
 - 1) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
 - 2) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
 - 3) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
 - 4) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

O presencia de síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho:

- 5) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
 - 6) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
 - 7) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
 - 8) Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- Estos síntomas deben haber estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

Cuadro 1: Criterios CIE 10 para el diagnóstico de Esquizofrenia (OMS, 1992)

Cuadro 2: Criterios DSM-IV para el diagnóstico de Esquizofrenia (APA, 1994)

- A. *Síntomas característicos*: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratada con éxito):
- (1) ideas delirantes.
 - (2) alucinaciones.
 - (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
 - (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
 - (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.
- Nota:** sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.
- B. *Disfunción social/laboral*: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- C. *Duración*: persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
- D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo*: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.
- E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de Esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

1.1.5. Dimensiones clínicas

La Esquizofrenia no había sido descrita como una entidad patológica hasta 1896, año en que Emil Kraepelin⁵ reunió bajo el término Demencia Precoz una diversidad de síndromes psicóticos. Posteriormente, Eugen Bleuler⁶ introdujo el nombre Esquizofrenia, que significa mente dividida, reemplazando lo propuesto por Kraepelin. Desde entonces, múltiples investigadores se han encargado de clasificar el cuadro de diversas formas (ver Cuadro 3).

En la actualidad, las dimensiones clínicas que se utilizan son las descritas en la Cuarta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). En este manual se presenta un esquema jerárquico que divide la Esquizofrenia en cinco tipos:

- Paranoide: se caracteriza por presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, con una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.
- Desorganizado: las características principales son el lenguaje y el comportamiento desorganizado, y la afectividad aplanada o inapropiada. Si se presentan ideas delirantes y alucinaciones, éstas son fragmentadas y no se organizan en torno a un tema coherente. Cabe señalar que en otras clasificaciones este subtipo se denomina hebefrénico⁷.
- Catatónico: existe una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.
- Indiferenciado: no cumple los criterios para los tipos Desorganizado, Paranoide y Catatónico.
- Residual: se produce cuando ha habido un episodio de Esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos. Hay

⁵ Fundador de la Psiquiatría clínica moderna, delimitó los grandes marcos nosológicos que, en líneas generales, siguen sirviendo de esquemas conceptuales en la actividad (Silva, 1993).

⁶ Psiquiatra suizo, profesor desde 1898 en Zurich, introduce en 1911 el término de Esquizofrenia en vez de demencia precoz (Silva, 1993).

⁷ Con el término se hace referencia a que este subtipo está caracterizado por el puerilismo. Sin embargo, Bleuler manifiesta que estos síntomas juveniles se presentan más frecuentemente en la catatonía. Es por este motivo que, ante la no claridad del concepto, se utiliza como el subtipo Desorganizado (Silva, 1993).

manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas positivos atenuados.

Cuadro 3: Dimensiones clínicas de la Esquizofrenia (Téllez & López, 2001)

<p>Kraepelin (1989) E. Paranoide E. Hebefrénica E. Catatónica</p>	<p>Bleuler (1911) E. Paranoide E. Hebefrénica E. Catatónica E. Simple</p>
<p>Crow (1980) <i>Tipo 1</i> Síntomas positivos (hiperactividad dopaminérgica) <i>Tipo 2</i> Síntomas negativos (daño estructural, correlación genética)</p>	<p>DSM-IV (1994) E. Paranoide E. Desorganizada E. Catatónica E. Indiferenciada E. Residual</p>

1.1.6. Tratamiento

El manejo terapéutico de las personas con Esquizofrenia se sustenta en tres puntos claves que se llevan a cabo necesariamente en forma conjunta: farmacológico, psicoterapéutico y psicosocial (Stuardo, 2005). El primero se realiza a través de fármacos antipsicóticos, típicos o atípicos, que ayudan al control de los diferentes grupos sintomáticos. Por un lado, los llamados típicos o clásicos (como Flufenazina, Tioridazina, Clorpromazina y Haloperidol) son especialmente útiles para tratar los síntomas positivos, pero provocan importantes efectos adversos y colaterales debido a su actividad antidopaminérgica. Por otra parte, se encuentran los atípicos (como Risperidona y Clozapina), los cuales, además de ser efectivos frente a los síntomas positivos, tienen un perfil de efectos colaterales más favorable y una efectividad sustancialmente mejor en el manejo de los síntomas negativos, por lo que se privilegia su uso en la actualidad. Su acción farmacológica consiste en un bloqueo de múltiples sistemas de

neurotransmisión, actuando principalmente en los dopaminérgicos y serotoninérgicos. A raíz de los efectos colaterales que conlleva la administración de estas sustancias, los pacientes deben consumir medicamentos que contrarresten dichos efectos, tales como Trihexifenidilo y Propanolol. Además, muchas personas deben utilizar fármacos coayudantes del tipo Benzodiacepinas, como Diazepam y Clonazepam.

El segundo punto, referido al manejo psicoterapéutico, se lleva a cabo a través de intervenciones individuales, grupales y familiares. Éstas se realizan con el fin de aumentar la adherencia al tratamiento, manejar los síntomas, expandir las redes sociales y facilitar el desarrollo de habilidades sociales. Por último, el tratamiento psicosocial se preocupa de la reintegración de la persona en el medio que lo rodea, recuperando habilidades para la vida diaria, ya sean de tipo instrumental o social, además de combatir el estigma asociado a la Esquizofrenia.

Para que la intervención terapéutica se lleve a cabo de forma satisfactoria, debe existir no sólo claridad en los objetivos que se quieren alcanzar, sino también, un equipo multidisciplinario que pueda satisfacer las necesidades de los pacientes. Cabe destacar que ellos poseen severas alteraciones en la interacción social debido a problemas en su expresión, causando un retraimiento y, a veces, negación a comunicarse con el mundo. Por esta razón, es primordial poder habilitar una vía de comunicación que le permita a la persona interactuar y compartir con quienes le rodean.

1.1.7. Evolución y Pronóstico

Esta enfermedad presenta un curso en el que existen cuatro fases, a saber: fase prodrómica, aguda, de continuación y de estabilización. La primera puede ser o no evidente para el paciente o los demás, sus manifestaciones son sutiles y pueden variar entre días o años. Se caracteriza por aislamiento social, cambios en el comportamiento o en la respuesta emocional a estímulos. La segunda está marcada por severos síntomas psicóticos y habitualmente requiere medicación y/o hospitalización. Cuando esta fase aparece más de una vez en el transcurso de la enfermedad, se habla de fase de reagudización. La tercera puede

abarcar más de seis meses desde el comienzo o brote de la enfermedad y se produce un decremento en la gravedad de los síntomas. Por último, la cuarta fase se caracteriza por ser asintomática o porque los pacientes pueden exhibir tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos y de deterioro cognitivo, los cuales no son llamativos, pero pueden determinar un importante grado de discapacidad. Asimismo, pueden presentar persistencia de los síntomas positivos, tales como alucinaciones, delirios o desorden del comportamiento, pero en menor magnitud que en la fase aguda (Rovner, 2006).

Por otra parte, respecto del pronóstico se estima que alrededor de un 30% de los pacientes con Esquizofrenia tienen una buena recuperación, un 20% una recuperación parcial y el 50% permanecen con déficits significativos a lo largo de toda su vida (Silva, 2001). Este último grupo se caracteriza por frecuentes rehospitalizaciones, exacerbaciones de los síntomas, episodios depresivos e intentos de suicidio. Así, el factor principal que determina el pronóstico es el acceso oportuno a un tratamiento adecuado.

En síntesis, la Esquizofrenia es una enfermedad o grupo de enfermedades de salud mental, de etiología multicausal y que se traduce en manifestaciones clínicas diversas. De esta manera, en esta patología se ven afectadas las esferas cognitiva, afectiva y social de la persona. Sin embargo, independiente de la sintomatología exhibida, resulta ser de gran impacto en la calidad de vida de quien la padece. Como se describió anteriormente, es un trastorno complejo, en donde su abordaje se centra en devolver al paciente las habilidades perdidas para reintegrarlo a la sociedad. Aún así, no todo está resuelto en lo que a materia terapéutica se refiere.

1.2. Lenguaje

La comunicación es el “proceso mediante el cual un emisor transmite uno o más mensajes sobre un contenido determinado a uno o varios receptores utilizando un código conocido por todos los participantes” (Martínez, 1995: 83). Así, permite la interacción de unos con otros en un contexto determinado. Es un proceso por su carácter dinámico, eternamente cambiante y continuo, constituido por un conjunto de fases que persiguen una meta. Además, es importante señalar que no sólo los humanos son capaces de comunicar, sino que también los animales. De este modo, existe una gran variedad de códigos comunicativos, pero en la especie humana éstos alcanzan un grado de variedad y un nivel de complejidad que ningún otro género puede exhibir. Es en este contexto donde surge el lenguaje como el medio de comunicación más elevado en la transmisión de información.

En lo referido al lenguaje, éste es un concepto esencialmente difuso, por lo que su definición ha sido siempre una tarea compleja. Es por esto que, para los fines de este estudio, el sentido de la palabra se restringirá, siguiendo un enfoque lingüístico, al lenguaje humano verbal, distinguiéndolo de sistemas de comunicación animal y no verbal. De esta forma, este sistema de comunicación puede definirse, en términos generales, como “la facultad biológica que capacita a los individuos para aprender y utilizar una lengua” (Crystal, *cit.* en Martínez, 1995: 36). Así, aparece en la cultura de los pueblos como lengua, la cual Saussure (1994) define como un “sistema de signos arbitrarios” (*cit.* en Martínez, 1995: 31). Considerando esto, es posible afirmar que el lenguaje constituye una de las características más distintivas de la especie y uno de los pilares ontogénicos más sólidos de la conducta social, intelectual e intencional de las personas.

Por otro lado, Hockett (*cit.* en Best, 2002; Martínez, 1995) propone quince rasgos distintivos o constitutivos del lenguaje, los cuales corresponden a las características esenciales que se requieren para su definición. Éstos, en su conjunto, no se encuentran presentes en ningún sistema de comunicación no humano, aunque algunos de ellos se pueden hallar por separado en distintos sistemas de comunicación animal. Los rasgos planteados por el autor son:

- Canal vocal auditivo: para transmitir un mensaje es necesario el uso de la voz y los gestos articulatorios; para recibirlo se requiere la audición.

- Transmisión irradiada y recepción direccional: los mensajes se plasman en ondas sonoras que se expanden en todas las direcciones y el sistema auditivo permite identificar el lugar del que éstas provienen.
- Desaparición rápida: las ondas sonoras se desvanecen, por lo que el mensaje no persiste ni en el tiempo ni en el espacio. Esto favorece la privacidad y permite la duplicidad (dar distintas versiones) y la corrección de los mensajes.
- Intercambiabilidad: habilidad de alternar los roles de emisor y receptor, lo que sucede cuando se ha alcanzado madurez lingüística.
- Retroalimentación total: el emisor es capaz de oír todo lo que produce, permitiendo la autocorrección y el control de la voz, el habla y el lenguaje.
- Especialización: los órganos que participan en el habla, además de cumplir su función fisiológica correspondiente, están especializados para comunicar.
- Semanticidad: las señales se corresponden con un significado en particular (están siempre asociadas a acontecimientos u objetos); permiten decir algo.
- Arbitrariedad: no hay relación entre la secuencia fónica y lo que se designa. Sin embargo, en la iconicidad si existe relación entre la señal y lo designado, por ejemplo, en el caso de las onomatopeyas.
- Separabilidad (carácter discreto): el lenguaje consta de fonemas (unidades separables) que forman morfemas (unidades básicas de significado).
- Doble articulación (dualidad de estructura): Hockett plantea que el lenguaje está organizado en dos niveles:

- a) unidades que son signos porque poseen contenido y expresión. Sus partes mínimas son los morfemas.
- b) unidades de la expresión que componen los signos, las cuales no tienen contenido o significado. Sus partes mínimas son los fonemas.

De esta manera, existe una economía, ya que con unas pocas unidades de (b) se pueden crear infinitas de (a).

- Transmisión tradicional (cultural): los elementos del lenguaje se pasan de una generación a otra, por lo que es necesaria alguna experiencia en la cultura para adquirir el lenguaje.
- Desplazamiento: el lenguaje permite hacer referencia a lugares distantes, imaginarios o reales, y a tiempos pasados, presentes o futuros.
- Productividad: el lenguaje es creativo y permite la utilización de formas nuevas, es decir, de mensajes que nunca antes habían sido emitidos ni oídos.
- Falsedad: esta propiedad implica una falta de conformidad entre el símbolo emitido y lo que simboliza, siendo el ser humano el único que puede emitir enunciados falsos o carentes de sentido lógico.
- Reflexividad: este rasgo hace referencia a la capacidad del lenguaje de hablar sobre sí mismo.

Por su parte, Paivio y Begg (*cit.* en Belinchón, 1987) definen el lenguaje como un “sistema biológico de comunicación, especializado en la transmisión inter e intrapersonal de información a través de signos lingüísticos” (p. 209). Así, esta facultad constituye en el ser humano un instrumento de representación (simbólico), siendo la herramienta fundamental del pensamiento y el medio de regulación y organización de la conducta psíquica. Además,

conforma un sistema de comunicación, cuya producción va a estar íntimamente ligada a las interacciones culturales y sociales de la persona.

Respecto a las funciones del lenguaje, Halliday (1982) señala que éstas son siete: instrumental, que se refiere a que se usa como un medio para que las cosas se realicen. Reguladora, que indica que puede ser empleado como elemento de control. Interactiva, muy relacionada con la anterior, corresponde a su utilización en la interacción entre el yo y los demás. Personal, vinculada a la concepción del lenguaje como un elemento de la propia individualidad. Heurística, que señala que el lenguaje se utiliza como medio para obtener información de los otros o instrumento para aprender sobre las cosas. Imaginativa, que hace referencia al uso del lenguaje para recrear el propio entorno más allá de un referente inmediato. La última es la informativa, construida sobre una base de presuposición intersubjetiva (medio de manifestar y expresar propuestas).

Es importante señalar que el lenguaje es una de las actividades más complejas del ser humano. Esto se debe a que cuando las personas lo usan para emitir o interpretar un mensaje lingüístico, utilizan un código formal de representación que es estructuralmente muy complejo y funcionalmente muy flexible (Belinchón, 1987). De esta manera, para que cumpla con sus diferentes objetivos de una forma eficiente es necesaria la intervención de diversas habilidades, entre ellas: sensoriales, motoras, lingüísticas, comunicativas, pragmáticas y cognitivas.

Por otra parte, para facilitar el estudio del lenguaje se han diferenciado dos niveles, el comprensivo y el expresivo, en los que se establecen unidades de análisis o aspectos formales y funcionales del mismo. Dentro de los aspectos formales, se encuentra el fonológico, que se refiere a los sonidos o fonemas de la lengua y cómo estos son combinados en sílabas y palabras. Otro aspecto es el semántico, que abarca el contenido del lenguaje y representa el estudio del significado de las palabras y sus relaciones. Además, está el aspecto morfosintáctico, que se relaciona tanto con la organización interna de las palabras como con la formación de éstas en secuencias gramaticales. Finalmente, en el aspecto funcional, se incluye

la pragmática, la que será explicada con mayor detalle a continuación, por ser uno de los aspectos más afectados en los pacientes con Esquizofrenia.

La pragmática es definida como:

conjunto de reglas relacionadas con el uso del lenguaje en el seno de un contexto comunicativo. Así pues, la pragmática se refiere a la manera en que se utiliza el lenguaje para comunicar, y no tanto a la forma en que dicho lenguaje está estructurado (Owens, 2003: 24).

De esta manera, la pragmática considera el lenguaje de una forma dinámica. Se interesa por el estudio de las expresiones, en las situaciones y contextos en que éstas se producen, incluyendo, por ejemplo, el perfil o las características de los interlocutores, sus intereses e intenciones, el estado de su conocimiento, el entorno físico y el tema a tratar. Cualquier frase, oración o gesto puede adquirir un significado adicional y, a veces, totalmente diferente, en virtud del contexto en que se produce.

Para abordar el estudio de la pragmática, Mendoza (2001) afirma que es necesario tomar en cuenta dos conceptos: función y contexto. El primero se refiere a que el hablante, cuando emite un mensaje, sea éste verbal, no verbal o preverbal, lo hace con la intención de obtener alguna respuesta por parte del oyente. El segundo tiene un carácter menos explícito y de consideración más divergente. Ocupa un lugar central en la organización panorámica pragmática y comunicativa, hasta ser clave en la determinación de las referencias que tienen los participantes en una conversación.

Además, la autora cita a Davis, quien señala la existencia de tres contextos básicos de las funciones del lenguaje. Uno de éstos, es el Lingüístico, que se refiere a “la conducta verbal que existe antes y después de una unidad lingüística determinada” (p. 136). Según el modelo del autor, éste abarca tanto las unidades micro como macro estructurales, entendiéndose éstas como las relaciones locales interfrases y la organización global del discurso, respectivamente.

Otro, es el Paralingüístico, que corresponde a “un componente inherente de las producciones verbales, siendo algo así como su cobertura” (p. 138), contribuyendo a la comprensión semántica y facilitando el análisis sintáctico. Dentro de él se incluyen aspectos como: características prosódicas de la emisión oral y velocidad del habla. Finalmente, está el Extralingüístico, que se encuentra fuera de la emisión oral en sí, abarca la situación, los participantes y la adecuación de ellos al contexto. Este último, como parte del conocimiento de las reglas del habla y la adaptación a la situación de conversación, es lo que Prutting denomina Competencia Social.

De esta forma, para llevar a cabo una conversación, los interlocutores cooperan entre sí, rigiéndose por el Principio de Cooperación de Grice (*cit.* en Owens, 2003), que incluye cuatro máximas principales:

- a) Máxima de calidad: la información otorgada por el comunicante es veraz y está basada en evidencias suficientes.
- b) Máxima de relevancia: el emisor se ciñe al asunto sobre el cual se está comunicando.
- c) Máxima de manera: cada participante es relativamente directo, evitando la imprecisión y la ambigüedad.
- d) Máxima de cantidad: el emisor entrega tanta información como sea necesaria, ni más ni menos.

Además, es importante señalar que el estudio de la pragmática está influido por la Teoría de Actos de habla. Ésta ve el lenguaje como acción y define los Actos de habla como la producción o emisión de una o más oraciones bajo ciertas condiciones, siendo las unidades básicas o mínimas de la comunicación lingüística (Searle, 2001). Al respecto, se señalan cuatro géneros que serían parte de los llamados Actos de habla: actos de emisión o elocución, actos ilocucionarios o ilocuciones, actos proposicionales y actos perlocucionarios o perlocuciones⁸. Los de emisión, se definen como la acción de emitir palabras. Los ilocucionarios aluden al propósito que tiene el hablante al pronunciar una secuencia determinada, a saber, enunciar, preguntar, demandar, etcétera. Los proposicionales contienen

⁸ Noción que propone Austin (1976) y que luego agrega Searle (2001).

las expresiones referenciales y la predicación (lo que se predica del objeto). Por último, los perlocucionarios determinan el efecto que tienen los actos sobre las acciones.

Por otra parte, Searle (2001), con el fin de demostrar que los actos se guían por reglas, propone cuatro “condiciones de satisfacción” que deben cumplir las ilocuciones para que la forma desempeñe su función: contenido proposicional, que es la base apropiada para la realización del Acto; condición preparatoria, referida a la condición lógica para realizar el Acto de habla; condición de sinceridad, en donde el hablante debe asumir su responsabilidad en el Acto; y condición esencial, que corresponde al respeto a la relación entre el que habla y el que escucha.

1.3. Discurso

Al igual que el término lenguaje, discurso no tiene una definición única y práctica, sino que es un concepto ambiguo y difícil de delimitar. A grandes rasgos, se considera como “una unidad semántica pragmática constituida por una secuencia de oraciones relacionadas coherentemente en torno a un tema y emitida con una determinada intención comunicativa en una situación concreta” (Pavez & Coloma, 2002: 1). De esta forma, se puede afirmar que tiene tres dimensiones principales: es una forma de uso del lenguaje, permite la comunicación de creencias y es interactivo. Así, en esta macrounidad coexisten elementos cognitivos, sociales y lingüísticos que se articulan para su formación (Calsamiglia, 1999; Van Dijk, 2001). Cabe destacar que constituye una práctica social compleja y heterogénea. Es compleja por las diversas formas de manifestarse, construirse y por las modalidades de concretarse, y es heterogénea, porque está regida por normas textuales y socioculturales. Además, es importante resaltar que, como el discurso utiliza al lenguaje como una herramienta para llevarse a cabo, también los rasgos distintivos propuestos por Hockett (*cit. en Best, 2002*) están presentes en esta macroestructura.

Por otra parte, al revisar bibliografía sobre el tema, no es raro encontrar que cuando se habla de discurso se haga alusión a texto por la estrecha relación existente entre los términos. El primero se entiende como la emisión concreta del segundo en una situación de

comunicación y por un enunciador determinado. Asimismo, el texto corresponde a un conjunto de signos extraídos de un discurso. Por esta razón, no puede haber discurso sin un texto que lo sustente, por lo que es fundamental considerar que lo que se postula sobre uno también es válido para el otro. Además, es importante señalar que un texto debe reunir ciertos criterios de textualidad, los que resultan ser esenciales al momento de elaborarlo adecuadamente. De no cumplirse alguno de éstos, no podría ser considerado como comunicativo (Renkema, 1999).

Dentro de estos criterios se encuentra la cohesión, que corresponde a la forma en que los elementos del texto, como las palabras, se conectan dentro de una secuencia, constituyendo la estructura superficial. Ésta surge cuando la interpretación de un elemento del discurso depende de otro elemento que puede señalarse dentro del mismo. Halliday y Hasan (1976) (*cit.* en Renkema, 1999: 55) distinguieron cinco tipos de cohesión. La primera es la sustitución que se entiende como el reemplazo de una palabra, grupo de ellas o de un segmento de oración por una palabra “comodín”. Dentro de ésta se distinguen tres tipos: de sustantivo, de verbo y de proposición. La segunda corresponde a la elipsis, que es la omisión de una palabra o de parte de una oración y puede describirse como la “sustitución por el elemento cero”. La tercera es la referencia, en la que el significado de una palabra “comodín” que, por lo general, es un pronombre, puede determinarse por lo que se imparte antes o después de su aparición, manifestando una relación semántica. La cuarta es la conjunción, que refiere a la relación que indica la forma en la que la oración o proposición debe vincularse con la oración o parte de la oración anterior o posterior. Esto, habitualmente, se logra a través del uso de conjunciones, existiendo tres tipos de relaciones: de adición, de causalidad y de temporalidad. La última concierne a la cohesión léxica, la cual se da por la conexión entre las palabras empleadas más allá de los vínculos gramaticales y semánticos. Se distinguen dos tipos: reiteración y colocación (Renkema, 1999).

Los seis criterios de textualidad restantes son: la coherencia, la cual corresponde a la conexión que se establece entre los componentes que subyacen a la estructura superficial, es decir, los conceptos y las relaciones entre ellos. Ésta constituye la estructura profunda de un texto, la que depende del conocimiento del mundo que tenga el lector o el oyente. La

intencionalidad se refiere a que los autores y hablantes deben tener una intención conciente de lograr objetivos específicos con su mensaje, transmitir información y/o refutar una opinión. La aceptabilidad, la cual concierne a la actitud de la audiencia destinataria para que la secuencia de oraciones tenga algún uso o relevancia. La informatividad, que resulta ser fundamental en el discurso, ya que un texto debe contener información nueva. Si un lector sabe todo lo que contiene el texto o no comprende lo que está en él, este no califica como tal. La situacionalidad, que alude a la importancia de tener en cuenta la situación dentro de la cual el texto es producido y considerado. Y, por último, la intertextualidad, que significa que el uso y la relevancia de un texto va a depender del conocimiento de uno a más textos contados anteriormente (Renkema, 1999).

Respecto a los tipos de discurso, se encuentran dos grandes grupos: los conversacionales, dados por la interacción de dos o más locutores, y los no conversacionales, dados por sólo un locutor. En el primero, participan interlocutores que se ajustan a una situación comunicativa particular y en la que se traspasa información uni o bidireccional. Aquí, se da un elemento característico del Acto de habla: la espontaneidad. Esto genera una situación marcada por factores psicológicos, sociales y situacionales que no son normalmente advertidos por los participantes, quienes atienden los aspectos comunicativos e informativos que surgen de la actividad dialógica. Cabe destacar que este tipo de discurso es de carácter oral (Rodríguez, 1993).

Por otra parte, los no conversacionales se subdividen en narrativo, descriptivo y argumentativo. El primero presenta una secuencia de sucesos y tienen una dimensión temporal porque ciertos elementos del relato ocurren antes o después de otros. El segundo, por el contrario, carece de dimensión temporal y constituye la suma de una serie de elementos informativos o calificativos. Finalmente, el tercero tiene una estructura más específica: una hipótesis, argumentos y conclusiones. Su propósito es demostrar algo mediante premisas, razonamientos y pruebas (Rodríguez, 1990).

1.4. Lenguaje, Discurso y Esquizofrenia

La importancia de identificar y describir las alteraciones del lenguaje y el discurso en los pacientes con Esquizofrenia se fundamenta, en primer lugar, en que el lenguaje, definido como el prototipo de una actividad intelectual compleja bien aprendida y multinivel, refleja la arquitectura fundamental de la cognición (Vygotsky, 1995). Por consiguiente, el lenguaje y el discurso se verán afectados al evidenciarse alteraciones cognitivas. Esto ocurre en la Esquizofrenia, donde coexisten disfunciones del pensamiento, atención, memoria y funciones ejecutivas.

En lo referido a los trastornos del pensamiento y de la asociación, es posible señalar que constituyen una de las características más sobresalientes de la conducta esquizofrénica. Los pacientes presentan pensamientos extravagantes y aparentemente irracionales y, a menudo, refieren que demasiadas ideas pasan por su cabeza al mismo tiempo. Asimismo, exhiben dificultades en el procesamiento de los estímulos complejos, interferencia en las respuestas, pérdida del control inhibitorio y/o regresión al estilo de pensamiento infantil (Page, 1982). Sin embargo, algunas personas con Esquizofrenia parecen pensar y/o expresarse normalmente, con sólo específicas delusiones o alucinaciones como manifestación de su enfermedad.

En cuanto a las disfunciones restantes, se evidencia un pobre desempeño en la atención selectiva (o focalizada), dividida y sostenida (o de vigilancia), lo que confluente en un daño del sistema de filtración, permitiendo el paso indiscriminado de estímulos o el bloqueo de éstos. Por consiguiente, las personas tienen complicaciones para focalizar estímulos, priorizar información y desechar lo irrelevante, lo cual haría que el discurso contenga estructuras inadecuadas o escasez de información. Lo anterior explicaría falencias en la planificación y edición del discurso en personas con Esquizofrenia. En relación a las funciones ejecutivas, se observa un enlentecimiento psicomotor, déficit en la memoria operativa, fallas en la selección de categorías y una marcada tendencia a la perseveración. Además, se evidencian problemas en el monitoreo de errores y una fluencia verbal reducida (López & Malagold, 2001). De esta manera, disfunciones ejecutivas, también, podrían explicar desórdenes en los altos niveles de organización discursivos anteriormente mencionados (McKenna, 2005).

Por otra parte, en esta patología se manifiestan déficits de memoria, los que se aprecian en un síndrome amnésico y un deterioro selectivo, notándose problemas en la capacidad de aprendizaje de elementos verbales y no verbales. Además, se ha visto que estos pacientes no fallan en las tareas de reconocimiento, pero sí en las de recuerdo, mostrando niveles normales en la rememoración de sucesos anteriores a su enfermedad, confirmando indirectamente que el déficit reside en la memoria de trabajo (Ruiz & Ochoa, 1987). Asimismo, se describen afecciones en la memoria semántica, evidenciándose una desorganización en sus redes. De esta manera, se ve alterada la forma en que los conceptos están ligados y jerarquizados, provocando un aumento de la propagación de la activación de la memoria semántica, la que se refleja en problemas de evocación durante el discurso (McKenna, 2005).

Un segundo fundamento es el hecho de que el lenguaje es el principal medio de interacción social para los seres humanos. Así, a través del lenguaje, es posible expresar y compartir experiencias, necesidades, deseos, creencias y emociones, siendo partícipes en sucesos sociales. En relación a esto, Belinchón, Igoa y Rivière (1998) sugieren que el uso del lenguaje está genéticamente ligado con la construcción de intenciones comunicativas, pero éstas sólo pueden ser completadas o realizadas en marcos sociales interactivos. Es por esto que, si el lenguaje y/o el discurso se deterioran en pacientes con Esquizofrenia, las posibilidades de conectarse eficazmente con el mundo se van limitando de forma significativa, lo que usualmente conduce a un aislamiento paulatino, incidiendo en la calidad de vida y el desempeño social de las personas.

Un tercer fundamento para realizar un estudio sobre lenguaje y el discurso en personas con Esquizofrenia se sustenta en el hecho de que se han descrito alteraciones lingüísticas y discursivas en ellos. Así, desde la época de Kraepelin y Bleuler, se diferenciaron, en relación al discurso, tres grandes grupos. En el primero, se observa un discurso empobrecido, lacónico, monocorde y próximo al mutismo funcional. En el segundo, se evidencia un discurso desorganizado y bizarro. El último se caracteriza por no presentar alteraciones lingüísticas ni discursivas (Belinchón, 1991). Actualmente, estas anomalías se incluyen dentro de los criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM-IV.

De esta forma, se destaca que el desempeño lingüístico y discursivo es heterogéneo y, a menudo, difícil de caracterizar. Esto ha captado la atención de psiquiatras y lingüistas, quienes han buscado explicar este fenómeno y describir adecuadamente el lenguaje y el discurso de las personas con Esquizofrenia. Por su parte, Chaika (1990) argumenta que los desórdenes del lenguaje en estos pacientes se producen fundamentalmente por la pérdida del control voluntario del proceso de generación del discurso, la que explicaría la variedad de manifestaciones que se originan dependiendo del segmento de producción que se vea afectado (*cit. en Covington et al. 2005*). Según varios autores (Andreasen & Grove, 1979; Bleuler, 1982; Flekkoy; 1975; Siegel *et al.*, 1976) estas anomalías tienen un carácter cíclico e intermitente (*cit. en Belinchón, 1991*).

Por otra parte, Covington *et al.* (2005) realizaron una revisión de la literatura sobre lenguaje en Esquizofrenia, en la cual plantean que la fonética y fonología se manifiestan de forma normal en estos pacientes. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las Benzodiazepinas, fármacos coadyudantes en el tratamiento, pueden causar disartria (Monchablon, 2001). Además, ellos exponen que los errores morfológicos son poco frecuentes en las producciones lingüísticas y que la sintaxis es generalmente normal, aunque existe una reducción de la longitud y complejidad. Thomas, King, Frase & Kennedy (1990) sugieren que esta simplicidad parece estar asociada con la cronicidad de la enfermedad y con los síntomas negativos. Por el contrario, en lo que se refiere a la semántica, los pacientes con Esquizofrenia presentan dificultades en la evocación de conceptos. Asimismo, McKenna (2005) señala que el proceso de evocación semántica es mayor en magnitud y duración, por lo que las asociaciones se debilitan y, al momento de establecer una conversación, plantean datos que no son relevantes al tema, lo que Cameron en 1938 denominó sobreinclusión.

La pragmática, sin embargo, es el aspecto más comprometido lingüísticamente en estos pacientes. Así, la persona con Esquizofrenia puede tener un gran discurso, pero sin intención de transmitir o comunicar algo. De esta forma, su discurso tiende a considerarse como poco cooperativo y difícil de seguir e interpretar por los interlocutores. Andreasen (1979) señala que, a pesar de que los que padecen la enfermedad no presentan dificultades en lo referido al nivel receptivo del lenguaje, no ponen atención o no les preocupa el hecho de que su discurso

no responda a las necesidades de su interlocutor (*cit.* en Demers-Desrosiers & Lecours, 1988). Lo anterior, se explicaría por fallas en la Teoría de la Mente, la cual se plantea como la habilidad de construir un modelo del estado mental de los otros. En el caso de las personas con Esquizofrenia, habría un quiebre de esta facultad una vez que ya se ha desarrollado, trayendo como consecuencia una interacción social impedida (McKenna, 2005). Además, se señala el hecho de que transgreden prácticamente todas las máximas conversacionales definidas por Grice (en especial la máxima de relevancia) (Belinchón, 1991).

De la misma forma, existen otros aspectos pragmáticos que son considerados como inapropiados, ya que entorpecen el intercambio comunicativo. De acuerdo a esto último, se puede observar un pobre desempeño en lo que se refiere a tópico, especialmente en su mantención y cambio, y a toma de turno. Asimismo, se evidencian dificultades en aspectos relacionados directamente con lo emocional, como la adecuación de la expresión facial y la prosodia, viéndose afectada también la comprensión de éstas en el interlocutor. Además, estos pacientes a menudo adoptan una postura corporal que no corresponde a la situación comunicativa y presentan déficits en el uso y comprensión de gestos (Covington, 2005; Elizur, Kasher & Meilijson, 2004). De esta manera, considerando todo lo expuesto sobre la relación entre los aspectos del lenguaje y la Esquizofrenia, los déficit fonológicos y morfosintácticos no serán revisados en este estudio. Por consiguiente, la investigación se centrará en la semántica (específicamente en la fluidez verbal semántica) y la pragmática del lenguaje, ya que, de acuerdo con la literatura, éstos son los aspectos que se ven más afectados en esta patología.

Respecto del discurso, varios autores (Andreasen *et al.*, 1985; Belinchón, 1986, 1988; Chaika, Lambe y Alexander, 1982; Harvey, 1983; Hoffman *et al.*, 1982; Rochester y Martin, 1979 & Wykes y Leff, 1982) señalan que en los pacientes con Esquizofrenia se podrían hallar anomalías en cuanto a la cantidad y distribución de los vínculos de cohesión superficial de los mensajes, la estructuración lógica de sus proposiciones y la estructuración y ordenación de sus constituyentes macrotextuales (*cit.* en Belinchón, 1991). Así, transgredirían los criterios de textualidad, dificultando la comprensión por parte del oyente.

En lo referido a la cohesión del discurso, Rochester (1973) afirma que las personas con Esquizofrenia utilizan menos conectores y más relaciones léxicas de tipo repetición, y sugiere que la cohesión del discurso está debilitada por la falta de nexos (*cit. en Demers - Desrosiers & Lecours, 1988*). Asimismo, se evidencia que ellos presentan dificultades con las inferencias y el establecimiento de referencias indirectas. Según lo expuesto por Rochester y Martin (1979), estas perturbaciones se encuentran presentes independiente de si existe o no desorden del pensamiento. De esta forma, plantean que en los pacientes que exhiben este síntoma se observa que la cohesión léxica está aumentada y, a menudo, las referencias indirectas son oscuras y suponen información que no ha sido expuesta. Por el contrario, cuando no está presente este desorden, la cohesión léxica está disminuida y se observa que evitan usar la presunción y la referencia indirecta, como si no fueran confidentes capaces de predecir lo que el oyente entenderá. Además, señalan que, en ambos casos, los pacientes tienden a no identificar en forma verbal los referentes, sino que, por ejemplo, los apuntan con el dedo (*cit. en Covington et al., 2005*).

En algunas ocasiones, esta falta de cohesión entre cláusulas y oraciones y la poca claridad de las referencias de pronombres pueden explicarse por una pérdida de asociaciones en el discurso espontáneo, evidenciándose, en momentos, una vaga conexión entre las ideas y, en otros, una pérdida de relación aparente entre éstas. La manifestación más común de esta alteración es la transición lenta y estable de las ideas, sin que el pensamiento disgregado sea particularmente severo. Por otro lado, algunos autores (Docherty, 1995, Goldstein, 1985; Wynne *et al.*, 1997 *cit. en Covington et al.*, 2005) han propuesto que la pobre cohesión en el discurso es un síntoma subclínico o prodrómico en aquellos pacientes con una predisposición genética a la Esquizofrenia. Además, Docherty *et al.* (2003) encontraron que muchas de las perturbaciones de la cohesión, a excepción de la referencia vaga, son estables en el tiempo (*cit. en Covington et al.*, 2005).

En relación a la coherencia del discurso, Hoffman *et al.* (1986) encontraron que ésta se encuentra perturbada en las personas con Esquizofrenia, mostrando una carencia total de estructura, lo que evidencia una deficiencia en la planificación del discurso (*cit. en Covington et al.*, 2005). Al respecto, Rochester (1978) señala dos variables que dan lugar a la pérdida de

la coherencia en el discurso: los vínculos de cohesión textual y las estrategias de indicación referencial (en cuanto a los elementos verbales y no verbales necesarios para su interpretación) (*cit. en Belinchón, 1987*).

Por otro lado, la inteligibilidad del discurso de personas con Esquizofrenia, en algunas ocasiones, puede verse dificultada por encadenamiento, en el que los sonidos, más que las relaciones significativas, parecen gobernar la elección de palabras. En estos casos, los pacientes establecen relaciones por rimas o crean asociaciones por juegos de palabras, donde una palabra similar en sonido da un nuevo pensamiento, conduciendo al hablante fuera del tópico de la conversación (Andreasen, 1986). Cohen *et al.* (1974) atribuyeron este fenómeno a un fracaso de edición, lo que impide al hablante desechar las alternativas no deseadas dentro de la gran cantidad de asociaciones que él realizó (*cit. en Covington et al., 2005*). Además, la comprensión del discurso puede verse entorpecida por la presencia de neologismos, los que son utilizados por los pacientes para expresar ideas banales (Andreasen, 1979) o ideologías únicas sobre el mundo (McKenna, 1994) (*cit. en Covington et al., 2005*).

Por último, como el discurso es una unidad semántico pragmática, al encontrarse alteraciones en estos dos aspectos del lenguaje, se evidencian, también, perturbaciones en esta macroestructura. Es así como, debido a fallas en la evocación léxica, el discurso de los pacientes con Esquizofrenia puede presentar aproximación de palabras, es decir, el uso de un término existente de forma poco convencional o de vocablos nuevos que son desarrollados siguiendo las reglas convencionales de formación de palabras (Andreasen, 1986). Asimismo, la reducción de la fluidez verbal fue atribuida por Allen *et al.* (1993) a un daño en la evocación de palabras (*cit. en Covington, 2005*). Además, esta dificultad para recuperar el léxico parece ser uno de los componentes que explicarían el discurso elevado, o con una excesiva calidad formal, que utilizan algunas personas con Esquizofrenia, aunque en otros casos parece deberse tan sólo a un fracaso al controlar el estilo discursivo o, posiblemente, como lo expuso Chen *et al.* (1996), a una excesiva coacción sintáctica (*cit. en Covington, 2005*).

Una vez confirmadas y descritas gran parte de las alteraciones existentes en aspectos característicos del lenguaje y el discurso en pacientes con Esquizofrenia, un Fonoaudiólogo puede, en base a esto, plantear objetivos que permitan abordar de forma precisa e individualizada aquellas falencias lingüísticas y discursivas observadas en estas personas. De esta forma, el especialista podría programar un plan terapéutico eficaz que permita llevar a cabo una terapia personalizada, la que ayudaría al paciente a reinsertarse en la sociedad y, por consiguiente, mejoraría su calidad de vida.

En síntesis, la Esquizofrenia es un trastorno que afecta distintas funciones cognitivas, lo que influye directamente en la estructuración del lenguaje y en la producción discursiva. Asimismo, estas alteraciones del lenguaje y los déficit presentes en el discurso se ven reflejados en el pobre desempeño que manifiestan los pacientes al momento de comunicarse e interactuar con el entorno. Por este motivo, parece imprescindible el estudio del lenguaje, principalmente de los aspectos semántico y pragmático, y del discurso en Esquizofrenia, con el fin de confirmar y describir los déficits comunicativos presentes en las personas que sufren este trastorno mental y así, construir una base sobre la cual planear formas de abordaje terapéutico.

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA

En el presente capítulo, se expondrá la metodología aplicada en la realización de este estudio. Para ello, en primer lugar, se presentará el diseño de éste, los objetivos y la selección de sujetos. En segundo lugar, se darán a conocer las variables que se midieron en esta investigación y los instrumentos que se utilizaron para la recolección de información, definición y medición de variables. En último término, se detallará el procedimiento de evaluación, las definiciones operacionales y el método a través del cual se analizaron los resultados.

2.1. Diseño del estudio

El presente estudio es de tipo prospectivo, porque la información con la que se lleva a cabo el análisis se obtuvo a partir del diseño del mismo. Además, es de carácter observacional y descriptivo, ya que busca especificar las tendencias y patrones observados en las respuestas de las personas evaluadas. Asimismo, es casuístico, debido a que se analiza un problema a través de casos en forma detallada. Por último, es transversal, puesto que el estudio se realiza en un momento específico del tiempo.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo General: Identificar y describir alteraciones del lenguaje y el discurso en un grupo de pacientes con Esquizofrenia.

2.2.2. Objetivos específicos:

- Medir la fluidez verbal semántica utilizando la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de

Trastornos Relacionados en un grupo de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia de la Unidad de Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota.

- Analizar el aspecto pragmático del lenguaje utilizando el Protocolo Pragmático de Prutting y Kirchner en un grupo de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia de la Unidad de Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota.
- Evaluar el discurso conversacional utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación de Andreasen en un grupo de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia de la Unidad de Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota.

2.3. Selección de los sujetos

- Identidad y número: el grupo de estudio se compuso de 17 adultos, de ambos sexos, diagnosticados con Esquizofrenia de tipo Paranoide, Desorganizada e Indiferenciada, en fase de estabilización, cuyas edades fluctúan entre 18 y 50 años. Estas personas son atendidas en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota, Quinta Región, Chile.
- Modo de selección: para seleccionar a los pacientes que conformaron el grupo de estudio se llevaron a cabo los siguientes procedimientos:
 - o Revisión de fichas: para seleccionar a los pacientes aptos para participar en el estudio, se revisaron las fichas de los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia que asisten a control en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota entre los meses de julio y agosto de 2006. A través de esta revisión, se obtuvo el tipo de Esquizofrenia, edad, medicamentos, fase de la enfermedad y se descartó la presencia de comorbilidad, específicamente de las patologías que podrían interferir en el desempeño comunicativo. Esto fue realizado con la

asesoría del Dr. Claudio Stuardo Escobar, Psiquiatra consultor del Centro Diurno de Rehabilitación de la Unidad de Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota.

- Citación a pacientes preseleccionados: para facilitar la asistencia y cooperación de los pacientes, se hizo coincidir la cita con el día en que cada uno de ellos acude a la Unidad de Salud Mental a recibir sus medicamentos o a control con el médico tratante. En esa ocasión, se efectuó la entrega de información acerca del estudio y el procedimiento a seguir, junto con solicitar su participación en él. Luego, se les aplicó la Anamnesis y el Examen Mínimo del Estado Mental.
 - Aplicación de Anamnesis: este procedimiento se realizó para verificar si los pacientes preseleccionados cumplían con los criterios de selección (nacionalidad chilena, manejo de lectoescritura, español como lengua primaria y tiempo de hospitalización menor a cinco años). Asimismo, se buscó obtener información sobre las variables que pudieran intervenir en la investigación (constitución familiar y trastorno de lenguaje previo)
 - Aplicación del Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE): ésta fue realizada por las alumnas encargadas de la investigación para descartar la presencia de deterioro cognitivo en los pacientes preseleccionados. Para ello, se consideraron 21 puntos como puntaje mínimo (Quiroga, 2004) para ser incluido en el estudio.
- Muestra: constituida por 17 pacientes diagnosticados con Esquizofrenia, que cumplieron con los criterios de selección, residentes de la Quinta Región, que asisten a control entre los meses de julio y agosto de 2006 a la Unidad de Salud Mental del Hospital San Martín de Quillota, escogidos mediante muestreo intencional. De ellos, el 58,82% son de sexo femenino, por lo tanto, el 41,18% restante pertenece al sexo masculino. El promedio (\bar{x}) de edad es de 34 años con una desviación estándar (DS) 7,92 y el \bar{x} de edad de diagnóstico de la enfermedad es de 23,88 años con una DS 5,97. Con respecto al MMSE, el \bar{x} de éste fue de 26,70 puntos con una DS 2,20.

- Criterios de selección:
 - o Criterios de inclusión:
 - Personas diagnosticadas con Esquizofrenia de acuerdo a los criterios del CIE-10.
 - Pacientes que actualmente se encuentren en la fase de estabilización, debido a que la sintomatología lingüística en fases anteriores puede no mantenerse en el tiempo.
 - Personas de nacionalidad chilena.
 - Sujetos adultos, mayores de 18 y menores de 50 años.
 - Personas con manejo de lectoescritura, debido a que existe una estrecha relación entre ésta y la adquisición formal del lenguaje.
 - Pacientes con español como lengua primaria.
 - Personas con un MMSE igual o superior a 21 puntos, para descartar deterioro cognitivo.
 - o Criterios de exclusión:
 - Adultos con más de 5 años de hospitalización (Fraser *et al.*, 1990).
 - Personas diagnosticadas con Esquizofrenia catatónica.
 - Pacientes con daño neurológico confirmado que interfiere en su desempeño comunicativo.
 - Pacientes con antecedentes de trastorno de lenguaje no tratado previo a la primera crisis.
 - Personas con pérdida auditiva.
 - Sujetos con antecedentes de abuso de drogas, trastorno afectivo y del ánimo y/o alteraciones relacionadas a estrés, debido a que podrían interferir en su desempeño comunicativo.

2.4. Variables

- Evaluar la variable pobreza del discurso utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable pobreza del pensamiento utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable verborrea utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable distractibilidad utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable tangencialidad utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable pensamiento disgregado utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable incoherencia utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable falta de lógica utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable encadenamiento utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable neologismos utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable aproximación de palabras utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable circunstancialidad utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable pérdida de la meta utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable perseveración utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable ecolalia utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.

- Evaluar la variable bloqueos utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable discurso elevado utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable autorreferencia utilizando la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
- Evaluar la variable pares de adyacencia utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable variedad de Actos de habla utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable selección de tópico utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable introducción de tópico utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable mantención de tópico utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable cambio de tópico utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable iniciación utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable respuesta utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable reparación/revisión utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable tiempo de pausa utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable interrupción/superposición utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable retroalimentación al interlocutor utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable contigüidad utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable contingencia utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable cantidad y concisión utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable especificidad/precisión de la selección lexical en los Actos de habla utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable cohesión utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable adaptaciones del estilo comunicativo utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable inteligibilidad utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable intensidad vocal utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable calidad de la voz utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable prosodia utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable fluidez utilizando el Protocolo Pragmático.

- Evaluar la variable proximidad física utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable contactos físicos utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable postura corporal utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable movimientos de manos, brazos, piernas y pies utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable gestos utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable expresión facial utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable dirección de la mirada utilizando el Protocolo Pragmático.
- Evaluar la variable fluidez verbal semántica a través de la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados.

2.5. Instrumentos de recolección de información, definición y medición de variables

2.5.1. Anamnesis

La Anamnesis consiste en una pauta semiestructurada que se realiza en forma de entrevista. Ésta tiene como fin recolectar información relevante para el estudio. Incluye antecedentes personales y familiares, de la historia clínica y datos específicos del cuadro (Anexo N° 2).

2.5.2. Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE)

El MMSE es un examen breve que consiste en una medida cuantitativa del estatus cognitivo del adulto. Sirve para seguir el curso de los cambios cognitivos a través del tiempo. Fue creado por Folstein en 1975, siendo revisado y modificado en Chile por Quiroga en 2004. Los cambios se realizaron con el objetivo de que la medición no estuviese influenciada por la baja escolaridad de la persona evaluada. El instrumento consta de 28 preguntas en donde se mide orientación témporoespacial, atención, concentración, memoria de trabajo, denominación, comprensión de orden verbal

compleja, lectura, escritura y función visuoespacial. Tiene un puntaje máximo de 30 puntos, considerándose como puntaje mínimo para el rango normal los 21 puntos (Anexo N° 3).

2.5.3. Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados (1996)

Esta prueba es una adaptación modificada del Test Stanford-Binet, en la que se le da al sujeto instrucciones para que nombre animales de todas las clases en 90 segundos y proponiéndole además como punto de partida el “perro”. La norma establecida por este Test, para los adultos sin alteración, corresponde a 22,5 con desviaciones típicas de 6,8. Como la fluidez verbal semántica es una habilidad, ésta fue la norma considerada en este estudio. En lo que se refiere a la administración de la Prueba, el evaluador debe dar las instrucciones del manual (Anexo N° 4). El puntaje obtenido es el número de animales no repetidos mencionados en el minuto más productivo.

2.5.4. Protocolo Pragmático de Prutting y Kirchner (1987)

El Protocolo Pragmático es una herramienta utilizada para evaluar las habilidades pragmáticas del lenguaje. En este protocolo se incluyen 30 actos comunicativos, los que se distribuyen en tres aspectos: verbal, paralingüístico y no verbal. El verbal contiene 17 actos comunicativos que se ordenan en Actos de habla, tópico, toma de turnos, selección lexical en Actos de habla y variación estilística. El paralingüístico contempla 5 actos que entregan información sobre inteligibilidad y prosodia. El último, no verbal, permite evaluar la kinésica y proxémica a través de la observación de 7 actos comunicativos.

Cada uno de los actos comunicativos es evaluado teniendo en cuenta el factor cronológico y el contexto. Para esto, se recomienda que el especialista analice una grabación de video de 15 minutos de una conversación espontánea no estructurada del evaluado con un interlocutor conocido, y complete el Protocolo Pragmático. En esta investigación fue una de las evaluadoras la que conversó con el paciente, ya que en un

estudio de Elizur *et al.* (2004) se mostró que no existe una diferencia estadísticamente significativa en el desempeño pragmático si el interlocutor es o no conocido.

Tras la conversación, cada uno de los actos comunicativos del lenguaje del protocolo es juzgado como apropiado, inapropiado o no observado. Es apropiado si la conducta juzgada facilita la interacción comunicativa o es neutral, e inapropiado cuando no lo sea y entorpezca el intercambio. Por último, se consigna como no observado cuando el evaluador no tenga suficiente información para juzgar el acto, por lo que debe ser reevaluada durante una muestra adicional de la conversación (Anexo N° 5). Cabe destacar que para los efectos de este estudio, no se definió el tipo de cohesión que presenta cada paciente, debido a que, para ello, es necesario realizar un análisis exhaustivo, a través de la transcripción del discurso de cada persona, lo cual se escapa de los márgenes establecidos para la investigación.

2.5.5. Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación de Andreasen (1986)

La Escala de Evaluación TLC es una herramienta que está compuesta por 18 anormalidades del discurso, las que se agrupan en tres conjuntos: desórdenes del lenguaje, del pensamiento y de la comunicación. El primero consiste en aquellas anormalidades específicas en las que el hablante transgrede las convenciones sintácticas y semánticas que gobiernan el uso del lenguaje. De esta forma se puede observar incoherencia, encadenamiento, neologismos y aproximación de palabras. El segundo se refiere a que los pensamientos por sí solos parecen aberrantes, lo que se refleja en la pobreza del discurso (aberrante porque parece que el pensamiento no ocurre) y falta de lógica (procesamiento inferencial absurdo). El último incluye pobreza del pensamiento (pobreza del contenido del discurso), verborrea (presión del discurso), pensamiento disgregado (descarrilamiento), distractibilidad (discurso distráctil), discurso elevado, tangencialidad, ecolalia, autorreferencia, circunstancialidad, pérdida de la meta, perseveración y bloqueos (Anexo N° 6). Cabe indicar que esta Escala sólo está redactada en el idioma inglés, por lo que fue necesario efectuar una traducción para su posterior uso.

Para el análisis de éstas conductas, se desarrolla una entrevista estándar (Anexo N° 7), en la que no se realizan preguntas relacionadas con la sintomatología del paciente. Ésta comienza invitando al entrevistado a hablar sin interrupciones por unos 10 minutos, después de lo que se le realiza una serie de preguntas, las que van desde lo abstracto (“¿por qué las personas creen en Dios?”) a lo concreto (“¿qué haría Ud. en caso de terremoto?”) y de lo impersonal (“¿qué piensa de la presidenta Bachelet?”) a lo personal (“cuénteme acerca de la relación con su familia”). Cada entrevista dura aproximadamente 45 minutos y es filmada. Durante el transcurso de ésta, se completa la pauta de observación, teniendo la grabación como apoyo para la correcta evaluación de cada una de las conductas. En lo que concierne a la puntuación, ésta se lleva a cabo siguiendo lo estipulado por Andreasen, donde se pondera de 0 (ausencia de la conducta) a 3 - 4 (máxima manifestación) cada aspecto evaluado (Anexo N° 9). Luego, se multiplica por 2 los puntos obtenidos en los primeros 11 aspectos, considerados los “más patológicos”. Finalmente, el puntaje total se consigue de la sumatoria de todos los puntos, considerando el mecanismo anteriormente mencionado.

2.6. Procedimiento de evaluación

- Traducción de la Escala de Evaluación Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC) de Andreasen (1986): para la aplicación de esta Escala fue necesario traducirla, debido a que no existe una versión en español. Este procedimiento fue realizado por una de las alumnas a cargo de la investigación.
- Juicio de Experto: éste es un procedimiento que se realiza para avalar la aplicación de un instrumento en un estudio. Para ello, es necesario que diferentes especialistas den su opinión, sugerencias y críticas con respecto a la herramienta que se pretende utilizar. En este estudio, se efectuó el Juicio de Experto con la Escala de Evaluación TLC, debido a que ésta no es utilizada ni está validada en Chile, por esta razón, profesionales Fonoaudiólogos, Psicólogos y Psiquiatras (Anexo N° 10) revisaron la Escala y enviaron lo solicitado, junto con su currículum en respaldo a su opinión.

Al respecto, fueron 5 los profesionales que participaron en este procedimiento. Ellos coincidieron en un 100% en la aprobación de la Escala. En relación a las sugerencias realizadas, los especialistas aconsejaron reemplazar la terminología empleada por conceptos de mayor uso en Chile, por ejemplo, descarrilamiento por pensamiento disgregado, presión del discurso por verborrea, pobreza del contenido del lenguaje por pobreza del pensamiento y discurso distráctil por distractibilidad.

- Pilotaje: con el fin de aunar criterios entre las evaluadoras y probar la utilidad de las pautas de evaluación que serían aplicadas a los pacientes preseleccionados, se efectuó un pilotaje. Para ello, se solicitó la colaboración de 4 pacientes con Esquizofrenia que asisten al Centro Comunitario de Rehabilitación para beneficiarios del Programa de Salud Mental (“Casa Club”), ubicado en Playa Ancha. Con la autorización previa de la Psicóloga encargada, cada una de las evaluadoras llevó a cabo una entrevista y una conversación espontánea con un paciente, las que fueron filmadas. En esta ocasión, no se consideraron los criterios de exclusión y, tampoco, se aplicó la Anamnesis ni el MMSE. Asimismo, no se realizó la prueba para medir fluidez verbal semántica, sino que sólo se llevó a cabo la evaluación pragmática y del discurso conversacional. Una vez obtenidas las muestras, cada una de las evaluadoras las analizó, utilizando el Protocolo Pragmático y la Escala de Evaluación TLC. Luego, se revisaron los resultados obtenidos, unificando criterios entre las examinadoras. Además, algunas de las preguntas de la entrevista fueron adaptadas para favorecer su comprensión por parte del entrevistado y evitar respuestas monosilábicas. También, éstas se aumentaron de 25 a 38 y se decidió que podían ser formuladas alternadamente, considerando las respuestas dadas por el paciente.

- Toma de datos: a los paciente seleccionados, primero, se les pidió la firma del consentimiento informado (Anexo N° 1), se les efectuó la Anamnesis y el MMSE. Luego, se realizó una grabación de 90 segundos, durante los cuales se aplicó la prueba para medir la fluidez verbal semántica. Finalmente, se filmaron 15 minutos de una conversación espontánea, necesaria para la evaluación pragmática, y se realizó el

registro de 45 minutos de una entrevista semiestructurada, para la valoración del discurso conversacional.

2.7. Criterios de aplicación

- Evaluador: éste debió utilizar un habla clara, con un ritmo e intensidad vocal apropiados. Además, el evaluador debió presentar un lenguaje sencillo, con una estructuración simple.
- Orden de aplicación: primero se realizó la Prueba Nombrar Animales, luego se sostuvo una conversación espontánea para la evaluación pragmática y, finalmente, se efectuó la entrevista para la observación del discurso conversacional.
- Distribución de los evaluadores: los procedimientos fueron realizados por dos evaluadoras. La primera se encargó de la aplicación de la Anamnesis y el MMSE y entrevistó al paciente. La segunda efectuó la Prueba Nombrar Animales y conversó con el evaluado durante 15 minutos. Cabe destacar que durante estos procedimientos, en la sala sólo se encontraba la evaluadora y el paciente.
- Lugar: para favorecer el intercambio comunicativo y la óptima grabación de las muestras, los procedimientos se efectuaron en salas no ruidosas, con buena iluminación y en un ambiente de comodidad para los pacientes evaluados. La videocámara fue situada sobre un trípode a una distancia considerada pertinente por las evaluadoras.
- Número de sesiones: las grabaciones de cada paciente se realizaron en una sola sesión.

2.8. Definiciones operacionales

- Alteración del lenguaje: para los fines de este estudio, se consideró alteración del lenguaje cuando se evidenció al menos uno de estos desórdenes:
 - o Alteración pragmática: en la evaluación del aspecto pragmático del lenguaje con el Protocolo Pragmático la persona presentó actos comunicativos inapropiados que, frente a la observación clínica, impidieron su óptimo desempeño comunicativo.
 - o Reducción de la fluidez verbal semántica: el paciente obtuvo un puntaje inferior a la norma (considerando su Desviación Típica) establecida por Goodglass y Kaplan (1996) para la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados.
- Alteración del discurso: se consideró alteración del discurso cuando, tras la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, se evidenció que las anomalías observadas en el discurso conversacional del paciente interfirieron en su adecuado desempeño comunicativo.

2.9. Método de análisis

- Análisis de videograbación: una vez realizada la grabación de los pacientes, se realizó el análisis de cada uno. En primer lugar, se midió la habilidad de fluidez verbal semántica según lo que establece la Prueba Nombrar Animales. En segundo lugar, para el análisis del aspecto pragmático, se revisó la grabación, evaluando cada uno de los actos comunicativos consignados en el Protocolo Pragmático. En tercer lugar, para examinar el discurso conversacional, se observaron los 45 minutos de muestra obtenidos en la entrevista, aplicando la Escala de Evaluación TLC, midiendo los 18 aspectos y puntuándolos. Cabe destacar que, a pesar de que en el protocolo de aplicación de la Escala de Evaluación TLC se estipula que la evaluación se ejecuta en el transcurso de la

conversación, en esta ocasión se optó porque las 4 evaluadoras participaran en el análisis de las muestras a través de la videograbación, con el fin de dar un mayor índice de confiabilidad a la evaluación, tomando en cuenta cada una de las observaciones dadas al momento del registro de los resultados.

- Síntesis de resultados: luego de analizar las videograbaciones, se describieron en forma detallada los resultados obtenidos por cada paciente. Posteriormente, éstos fueron resumidos en cuadros y se sometieron a análisis con el programa Excel.

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los datos obtenidos mediante la evaluación de los sujetos de la muestra con la Prueba Nombrar Animales, el Protocolo Pragmático y la Escala de Evaluación TLC. En primer lugar, se describen los resultados y las características de cada paciente, consideradas relevantes para este estudio. En segundo lugar, se exponen tablas que resumen los datos conseguidos del análisis de las videograbaciones con el Protocolo Pragmático y con la Escala de Evaluación TLC. Finalmente, con el objetivo de facilitar la interpretación de los datos, se presentan gráficos que ilustran los principales hallazgos de esta investigación. Cabe destacar que debido al tipo de estudio realizado, los objetivos fijados y la metodología seguida, los datos obtenidos de las evaluaciones realizadas no fueron sometidos a análisis estadístico.

3.1. Descripción de los resultados por paciente

Paciente N° 1

Paciente de 36 años, sexo femenino, con Esquizofrenia de tipo Paranoide, diagnosticada hace 13 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Risperidona (3mg. diarios), Diazepam (5mg. diarios) y Trihexifenidilo (4mg. diarios). Ha presentado 2 episodios. Recibe tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad, sin interrupción, y obtuvo 29 puntos en el Examen del Estado Mínimo Mental (MMSE).

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 15 puntos, puntaje que se ubica bajo la norma.

Con respecto a la evaluación con el Protocolo Pragmático, se observó que el paciente presentó un óptimo desempeño durante la conversación, siendo todos los actos comunicativos evaluados apropiados.

Ante la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N°1 obtuvo un total de 0 puntos, es decir, en la muestra analizada no presentó ninguna anormalidad.

Paciente N° 2

Paciente de 45 años, sexo masculino, con Esquizofrenia de tipo Indiferenciado, diagnosticada hace 10 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Haloperidol (5mg. diarios), Clorpromazina (50mg. diarios) y Diazepam (10mg. diarios). Hasta el año 2002 presentó 2 episodios por año. Recibe tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad y obtuvo 28 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 9 puntos, puntaje que se ubica bajo la norma.

Durante la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente sólo presentó inapropiado el acto movimiento de manos, brazos, piernas y pies, del aspecto no verbal, debido a que, durante la conversación, frotaba constantemente sus manos (estereotipia) y movía continuamente sus piernas.

Con respecto a la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 2 obtuvo un total de 0 puntos, es decir, en la muestra analizada no presentó ninguna de las anomalías que plantea la herramienta.

Paciente N° 3

Paciente de 19 años, sexo masculino, con Esquizofrenia de tipo Indiferenciado, diagnosticada hace 3 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Clorzapina

(200 mg. diarios) y Trihexifenidilo (1 mg. diarios). Ha presentado un episodio y recibe tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad y obtuvo 29 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 32 puntos, puntaje que se ubica sobre la norma.

Durante la evaluación con el Protocolo Pragmático, sólo se observó un acto comunicativo inapropiado en el aspecto no verbal, el que corresponde a una postura corporal inclinada.

En la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 3 obtuvo un total de 0 puntos, es decir, en la muestra analizada no presentó ninguna anormalidad.

Paciente N° 4

Paciente de 29 años, sexo femenino, con Esquizofrenia de tipo Indiferenciada, diagnosticada hace 6 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Decanoato de Flufenazina (0.75cc. cada 28 días). Ha presentado 2 episodios. Recibe tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad, sin interrupción y obtuvo 26 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 15 puntos, puntaje que se ubica bajo la norma.

Dentro de la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente sólo presentó inapropiados los movimientos de manos, brazos, piernas y pies, debido a la presencia de estereotipia de manos y movimientos diskinesicos.

Ante la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 4 obtuvo un total de 0 puntos, es decir, en la muestra analizada no presentó ninguna anomalía.

Paciente N° 5

Paciente de 32 años, sexo femenino, con Esquizofrenia de tipo Indiferenciada, diagnosticada hace 1 año. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Risperidona (3mg. diarios). Ha presentado un episodio. Recibe tratamiento desde el inicio del cuadro, sin interrupción, y obtuvo 30 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 15 puntos, puntaje que se ubica bajo la norma.

Con respecto la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente presentó una desviación del tono hacia los graves en el acto comunicativo calidad de voz del aspecto paralingüístico. Asimismo, en el aspecto no verbal, se observó un escaso uso de gestos y una tendencia a bajar la mirada durante la entrevista, dirigiéndola al entrevistador sólo cuando éste le preguntaba algo.

En la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 5 obtuvo un total de 0 puntos, es decir, en la muestra analizada no presentó ninguna de las anomalías planteadas por la herramienta.

Paciente N° 6

Paciente de 41 años, sexo masculino, con Esquizofrenia de tipo Paranoide, diagnosticada hace 24 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Clorpromazina (50mg. diarios) y Decanoato de Flufenazina (0.5cc cada 28 días). Ha presentado 2 episodios. Recibe

tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad, con una interrupción de 6 meses, y obtuvo 27 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 18 puntos, puntaje que se ubica dentro de la norma.

Respecto a la evaluación con el Protocolo Pragmático, se puede señalar que el paciente presentó actos comunicativos inapropiados en los tres aspectos evaluados: verbal, paralingüístico y no verbal. En el primero, se observó una inapropiada introducción de tópico. En lo que se refiere a toma de turno, el paciente interrumpió frecuentemente al entrevistador, lo que además afectó, en ocasiones, los tiempos de pausa, viéndose estos últimos disminuidos. En el segundo, se evidenció inapropiado el acto prosodia, siendo éste de carácter plano en la conversación. En el tercero, se percibió el uso de gestos y la expresión facial disminuidos.

Frente a la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 6 obtuvo un total de 0 puntos, es decir, en la muestra analizada no presentó ninguna anormalidad.

Paciente N° 7

Paciente de 31 años, sexo femenino, con Esquizofrenia de tipo Desorganizado, diagnosticada hace 13 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Haloperidol (5mg. diarios) y Trihexifenidilo (4mg. diarios). Ha presentado 3 episodios psicóticos (a los 19, 21 y 25 años). Recibe tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad, siendo éste interrumpido durante 3 años. Obtuvo 28 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 7 puntos, puntaje que se ubica bajo la norma.

Durante la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente presentó algunos actos comunicativos inapropiados en los tres aspectos evaluados: verbal, paralingüístico y no verbal. En el primero, se observó una escasa retroalimentación al interlocutor y una cantidad disminuida de lenguaje espontáneo. En el segundo, la calidad de voz se encontró desviada a los agudos y la prosodia aplanada. En el tercero, se percibió una postura corporal reclinada, constantes movimientos de piernas y pies, uso restringido de gestos, expresión facial inatingente y dirección de la mirada inconsistente.

En lo referido a la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 7 obtuvo un total de 4 puntos. En ésta, se observaron las anomalías pobreza del discurso y tangencialidad, en un rango leve. Las respuestas dadas en la entrevista fueron breves, entregando sólo la información que se requería, sin agregar en forma espontánea. Además, en ocasiones se remitió a responder sólo con monosílabos, a pesar de la constante motivación de la entrevistadora.

Paciente N° 8

Paciente de 47 años, sexo femenino, con Esquizofrenia de tipo Paranoide, diagnosticada hace 14 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Decanoato de Flufenazina (0,5cc cada 28 días), Haloperidol (5mg. diarios) y Diazepam (5mg. diarios). Ha presentado 5 episodios. Recibe tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad, siendo éste interrumpido durante 6 años. Obtuvo 28 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 9 puntos, puntaje que se ubica bajo la norma.

Con respecto a la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente presentó inapropiados los tres aspectos evaluados: verbal, paralingüístico y no verbal. Dentro del primero, se manifestaron alterados los actos comunicativos de pares de adyacencia y variedad

de Actos de habla, ya que no asumió el rol de hablante en forma apropiada al contexto durante de la conversación y, además, manifestó una escasa variación de Actos de habla. En tópicos, presentó inapropiada la introducción. En lo que se refiere a la toma de turno, se observaron inapropiados los actos de iniciación, retroalimentación al interlocutor y contigüidad, siendo éstos escasos, y cantidad, el que se encontró disminuido. En cuanto al aspecto paralingüístico, el paciente presentó la intensidad disminuida, la prosodia aplanada y la calidad de voz inapropiada, ya que el tono se evidenció desviado hacia los agudos. Finalmente, en el aspecto no verbal, se vio disminuido el uso de gestos y la expresión facial, además de inconsistencia en la dirección de la mirada.

Ante la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 8 obtuvo un total de 4 puntos. Se observó la anomalía pobreza del discurso en un rango moderado, la que se manifestó en la brevedad de sus respuestas, las que variaron desde monosílabos a frases simples.

Paciente N° 9

Paciente de 39 años, sexo femenino, con Esquizofrenia de tipo Paranoide, diagnosticada hace 19 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Haloperidol (2.5mg. diarios), Decanoato de Flufenazina (1cc cada 28 días), Tioridazina (50mg. diarios), Fluoxetina (20mg. diarios) y Trihexifenidilo (2mg. diarios). Presentó un episodio al mes hasta el año 2003, en el que tuvo la última crisis. Recibe tratamiento desde el diagnóstico de la enfermedad y obtuvo 27 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 16 puntos, puntaje que se ubica dentro de la norma.

En lo que concierne a la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente presentó actos comunicativos inapropiados en los 3 aspectos evaluados: verbal, paralingüístico y no

verbal. En el primero, se observó inadecuado todo el ítem de Actos de habla (pares de adyacencia y variedad), ya que constantemente adquiría el rol de receptor y manifestó una escasa variedad de Actos de habla. Asimismo, mostró inapropiada la introducción de tópico. Dentro de los actos comunicativos de toma de turno, presentó una escasa iniciación y retroalimentación al interlocutor, y la cantidad se encontró disminuida. En el segundo parámetro, se percibió la prosodia aplanada. En el tercero, exhibió estereotipia de manos, gestos y expresión facial disminuidos y dirección de la mirada inconsistente.

Ante la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 9 obtuvo un total de 4 puntos, al observarse una pobreza del discurso de rango moderado.

Paciente N° 10

Paciente de 41 años, sexo femenino, con Esquizofrenia de tipo Indiferenciado, diagnosticada hace 19 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Clorpromazina (50mg. diarios), Decanoato de Flufenazina (0.5cc. cada 28 días) y Trihexifenidilo (4mg. diarios). Se desconoce cuántos episodios ha presentado, sólo hay registro del último en 1997. Recibe tratamiento desde marzo de 2000 y obtuvo 27 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 13 puntos, puntaje que se ubica bajo la norma.

Con respecto a la evaluación con el Protocolo Pragmático, en cuanto a la toma de turnos, el paciente presentó inapropiados los parámetros de selección de tópico y contingencia. Además, mostró una cantidad de lenguaje aumentada. Con respecto a la selección lexical en Actos de habla, el paciente manifestó inadecuado el acto de especificidad y precisión por una incorrecta selección de ítems léxicos, debida a problemas de evocación, lo que hizo reflejar, en

el aspecto paralingüístico, una disminución de la fluidez. Finalmente, en lo no verbal, se observó inapropiado el acto expresión facial.

En la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 10 obtuvo un total de 9 puntos. Las anomalías observadas fueron incoherencia y pensamiento disgregado, en un rango moderado, y pérdida de la meta leve. Con respecto a incoherencia, se observó en dos oportunidades errores de tipo semántico, uno aparentemente por elección de palabra al azar y el otro por sustitución de una palabra por otra relacionada.

Paciente N° 11

Paciente de 34 años, sexo femenino, con Esquizofrenia de tipo Paranoide, diagnosticada hace 1 año y 6 meses. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Decanoato de Flufenazina (1cc. cada 28 días) y Trihexifenidilo (4mg. diarios). Ha presentado un episodio. Recibe tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad, sin interrupción, y obtuvo 23 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 14 puntos, puntaje que se ubica bajo la norma.

Durante la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente presentó actos comunicativos inapropiados en los tres aspectos evaluados: verbal, paralingüístico y no verbal. Dentro del primero, se observó inadecuada la habilidad de reparar/revisar y la retroalimentación al interlocutor, siendo ésta última escasa. En la selección de léxico en Actos de habla, se observaron problemas en la especificidad/precisión, presentando dificultades de evocación y en el uso de tiempos verbales. En el segundo, se evidenció una prosodia aplanada y una fluidez algo disminuida, debido, nuevamente, a problemas de evocación. En el tercero, se vio disminuida la expresión facial.

En lo que respecta a la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 11 obtuvo un total de 11 puntos, lo que corresponde a la manifestación de las anomalías perseveración en forma leve, tangencialidad moderada y pensamiento disgregado en un rango severo.

Paciente N° 12

Paciente de 32 años, sexo masculino, con Esquizofrenia de tipo Desorganizado, diagnosticada hace 8 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Haloperidol (5mg. diarios) y Propanolol (40mg. diarios). Ha presentado un episodio. Recibe tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad, sin interrupción, y obtuvo 24 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 23 puntos, puntaje que se ubica dentro de la norma.

Frente a la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente presentó, en el aspecto verbal, inapropiados los pares de adyacencia, debido a que constantemente asumía sólo el rol de emisor. Además, se observó inadecuado, dentro de toma de turno, la interrupción/superposición, el tiempo de pausa (disminuido o ausente en ocasiones), la retroalimentación al interlocutor (poco funcional), la contigüidad y la cantidad (aumentada). En cuanto al aspecto paralingüístico, el paciente evidenció una intensidad vocal aumentada y una fluidez inapropiada (velocidad de habla aumentada).

Al aplicar la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 12 obtuvo un total de 16 puntos. Este puntaje se obtuvo al observarse verborrea, tangencialidad y autorreferencia en forma moderada, además de pensamiento disgregado de carácter severo.

Paciente N° 13

Paciente de 25 años, sexo masculino, con Esquizofrenia de tipo Paranoide, diagnosticada hace 3 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Risperidona (6mg. diarios) y Fluoxetina (10mg. diarios). Ha presentado un episodio. Recibe tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad, sin interrupción, y obtuvo 29 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 23 puntos, puntaje que se ubica dentro de la norma.

Durante la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente presentó actos inapropiados en los tres aspectos evaluados: verbal, paralingüístico y no verbal. En el primero, se observó una inapropiada selección de tópico y adaptación al estilo comunicativo, debido a que el paciente utiliza un lenguaje excesivamente formal en relación al contexto. En el segundo, se evidenció una intensidad vocal elevada. En el tercero, se vio un constante movimiento de piernas y pies y estereotipia de manos (frotado de manos).

Ante la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 13 obtuvo un total de 20 puntos, debido a que se observó verborrea, autorreferencia y circunstancialidad, en un rango leve, además de pérdida de la meta, discurso elevado y tangencialidad, en forma moderada. Por último, el pensamiento disgregado se presentó en forma extrema.

Paciente N° 14

Paciente de 20 años, sexo femenino, con Esquizofrenia de tipo Desorganizado, diagnosticada hace 3 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Risperidona (3mg. diarios). Ha presentado un episodio. Recibe tratamiento desde el diagnóstico de la enfermedad y obtuvo 27 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 24 puntos, puntaje que se ubica dentro de la norma.

Con respecto a la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente presentó inapropiados los tres aspectos evaluados: verbal, paralingüístico y no verbal. En el primero, se observó como inapropiado todo lo que concierne a Actos de habla (pares de adyacencia y variedad) , debido a que asumió constantemente el rol de emisor y utilizó en forma inadecuada los Actos de habla. Además, mostró dificultades en todo lo referido a tópico (selección, introducción, mantención y cambio). En cuanto a toma de turno, exhibió inapropiada la capacidad de revisar y reparar su lenguaje, así como, también, la retroalimentación al interlocutor (escasa), la contingencia y la cantidad y concisión, entregando mucha información con detalles que podrían resultar tediosos. Dentro de lo que es selección lexical de Actos de habla, ambos actos que lo componen se presentaron inapropiados (especificidad/precisión y cohesión), viéndose un escaso manejo de vocabulario. En el aspecto paralingüístico, se evidenció la voz con un timbre hipernasal y la prosodia aplanada. En el tercero, manifestó inapropiados la expresión facial (disminuida) y el movimiento de manos, brazos, piernas y pies (movimientos diskinesicos de manos).

En la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 14 obtuvo un total de 22 puntos. Se observaron las anomalías pobreza del pensamiento, verborrea y falta de lógica en forma leve, además de tangencialidad, pérdida de la meta y autorreferencia, en un rango moderado. Por otra parte, se evidenció pensamiento disgregado en un nivel extremo, lo que se reflejó en una constante desviación del tema propuesto por la entrevistadora.

Paciente N° 15

Paciente de 31 años, sexo masculino, con Esquizofrenia de tipo Paranoide, diagnosticada hace 9 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Decanoato de Flufenazina (1cc. cada 28 días), Diazepam (10mg. diarios) y Trihexifenidilo (3mg. diarios).

Ha presentado un episodio. Recibe tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad, sin interrupción. Obtuvo 23 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 13 puntos, puntaje que se ubica bajo la norma.

Ante la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente presentó inapropiados algunos actos comunicativos en los tres aspectos evaluados: verbal, paralingüístico y no verbal. En el primero, se observó inapropiada la selección, mantención y cambio de tópico. En cuanto a la toma de turno, la contingencia se manifestó inadecuada y la cantidad se evidenció aumentada. En lo que se refiere a la selección lexical en Actos de habla, la cohesión se encontró inapropiada y, con respecto a la especificidad y precisión, el paciente mostró fallas en la utilización de referentes. En el segundo, se percibió la prosodia aplanada y, en el tercero, la expresión facial disminuida.

En lo referido a la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 15 obtuvo un total de 23 puntos. Dentro de las anomalías observadas, se encontraron verborrea, autorreferencia e incoherencia de tipo semántica, en un rango leve. Además, el evaluado presentó tangencialidad, falta de lógica y perseveración, de forma moderada. Finalmente, el pensamiento disgregado se evidenció extremo.

Paciente N° 16

Paciente de 37 años, sexo masculino, con Esquizofrenia de tipo Paranoide, diagnosticada hace 10 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Haloperidol (3mg. diarios). Se desconoce el número de episodios que ha presentado. Recibe tratamiento desde que fue diagnosticada la enfermedad, sin interrupción y obtuvo 25 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 11 puntos, puntaje que se ubica bajo la norma.

Con respecto a la evaluación con el Protocolo Pragmático, el paciente presentó actos comunicativos inapropiados en los tres aspectos evaluados: verbal, paralingüísticos y no verbales. En el primero, se observó inapropiado todo lo concerniente a tópico. Además, se evidenciaron dificultades en la toma de turno: no reparó ni revisó sus emisiones, interrumpió y se superpuso constantemente al interlocutor, fue poco contingente y la cantidad de su lenguaje fue excesiva. En relación a la selección lexical en Actos de habla, los dos actos evaluados se manifestaron inadecuados. Así, en cuanto a la especificidad y precisión, se observó un repertorio léxico reducido. En el aspecto paralingüístico, el paciente presentó inapropiada la inteligibilidad, por escasa modulación; la fluidez, debido a una disminución de ésta; y la calidad de la voz, en la que se encontró un tono desviado a los agudos. En el aspecto no verbal, el paciente utilizó demasiados gestos, los que dificultaban el intercambio comunicativo. También, tuvo problemas con la proximidad física, no respetando la distancia entre hablante y oyente.

En la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 16 obtuvo un total de 28 puntos. Dentro de las anomalías manifestadas, se observaron en un rango leve tangencialidad, circunstancialidad, perseveración, encadenamiento, autorreferencia e incoherencia, siendo ésta última de tipo semántica. Por otro lado, se evidenciaron en forma moderada pobreza del pensamiento y verborrea. Asimismo, el evaluado presentó pérdida de la meta en forma severa y pensamiento disgregado extremo. Cabe señalar que todos estos desórdenes se tradujeron en un discurso complicado, difícil de seguir y comprender para el interlocutor.

Paciente N° 17

Paciente de 39 años, sexo femenino, con Esquizofrenia de tipo Paranoide, diagnosticada hace 19 años. Para el tratamiento de la enfermedad, se le administra Tioridazina (100mg. diarios), Haloperidol (5mg. diarios), Decanoato de Flufenazina (1,5cc. cada 28 días) y Clonazepam (2mg. diarios). Ha presentado 7 episodios. Recibe tratamiento desde el diagnóstico de la enfermedad y obtuvo 24 puntos en el MMSE.

En la aplicación de la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, el paciente obtuvo un total de 14 puntos, puntaje que se ubica bajo la norma.

Respecto a la evaluación con el Protocolo Pragmático, cabe señalar que el paciente presentó inapropiados los tres aspectos evaluados: verbal, paralingüístico y no verbal. En el primero, se observó inadecuado todo lo que concierne a tópico y Actos de habla. En relación a estos últimos, el paciente asumió constantemente el rol de emisor y utilizó en forma inapropiada los Actos de habla. En cuanto a la toma de turno, no reparó ni revisó quiebres comunicativos, interrumpió y se superpuso en varias oportunidades a su interlocutor, su retroalimentación fue escasa, la cantidad de su lenguaje se mostró aumentada y fue poco contingente. En lo que se refiere a selección lexical en Actos de habla, presentó inadecuada la especificidad y precisión, debido a elecciones incorrectas de ítems léxicos, y la cohesión. Asimismo, se evidenció inapropiado el acto adaptación al estilo comunicativo, ya que el paciente no adecuó su lenguaje considerando el contexto y su interlocutor. En el aspecto paralingüístico, mostró disminuida la inteligibilidad, debido a una escasa modulación, además de una voz con un timbre hipernasal, una prosodia aplanada y una fluidez disminuida. En el aspecto no verbal, exhibió inadecuado el contacto físico, postura corporal reclinada, movimientos de manos y brazos disfuncionales, escaso uso de gestos y una expresión facial reducida.

Frente a la aplicación de la Escala de Evaluación TLC, el paciente N° 17 obtuvo un total de 42 puntos. Dentro de las anomalías manifestadas están: pobreza del pensamiento y

distractibilidad, en un rango leve; severa verborrea, tangencialidad, falta de lógica, pérdida de la meta, perseveración e incoherencia, siendo esta última de tipo azarosa y de relación oblicua al contexto; y pensamiento disgregado en un nivel extremo. Es importante destacar que el paciente mantuvo durante toda la entrevista un discurso desorganizado, lo que se reflejó, en ocasiones, en ideas difíciles de comprender y de seguir por el interlocutor.

3.2. Resumen de resultados

Ante la observación del desempeño pragmático en pacientes con Esquizofrenia, se pesquisarón un conjunto de actos comunicativos inapropiados, los que se organizan en la Tabla 1. Al observar ésta, se evidencia que la mayor parte de los sujetos presentó al menos una conducta inapropiada. De la misma forma, en la Tabla 2 se aprecian todas las alteraciones presentadas por cada uno de los pacientes evaluados con la Escala de Evaluación TLC, en orden ascendente. A su vez, éstas se muestran en colores de forma graduada, de acuerdo a la severidad con que se manifestaron. Además, en la columna T es posible observar el puntaje total de cada desorden.

3.3. Presentación de gráficos

3.3.1. Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de Afasia y de Trastornos Asociados

En el Gráfico 1 se muestran los resultados que obtuvieron los 17 pacientes en la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de Afasia y de Trastornos Asociados. Se observa que 11 personas, es decir, el 64,71% de los evaluados, nombró menos de 16 animales. Estos resultados se encuentran bajo la norma, la que corresponde al área entre líneas rojas.

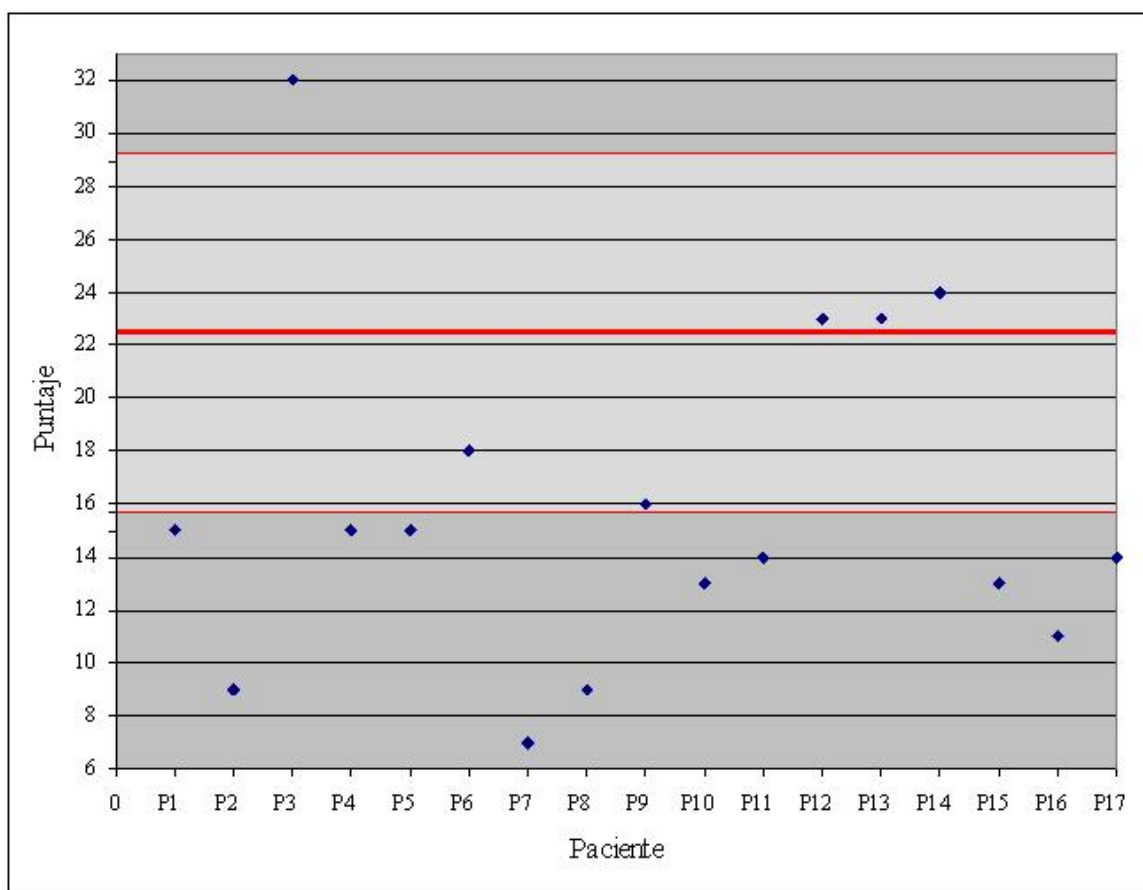


Gráfico 1. Puntajes de la muestra en la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados.

3.3.2. Protocolo Pragmático de Prutting y Kirchner

Respecto de los resultados de la evaluación pragmática, en el Gráfico 2 se muestra la cantidad de actos comunicativos inapropiados que se evidenciaron en las 17 personas que participaron en este estudio, agrupados en tres rangos. Se observa que 16 pacientes, correspondiente al 94,12% de los evaluados, mostraron al menos uno de los 30 actos comunicativos inapropiados durante la entrevista. Así, los datos obtenidos se distribuyeron de la siguiente forma: del total de los pacientes evaluados, el 5,88% no exhibió actos comunicativos inapropiados; el 23,52% presentó entre 1 y 3; el 23,52% entre 4 y 6; el 17,64% entre 7 y 9; el 5,88% entre 10 y 12; el 11,76% entre 13 y 15; el 5,88% entre 16 y 18 y el 5,88% entre 22 y 24.

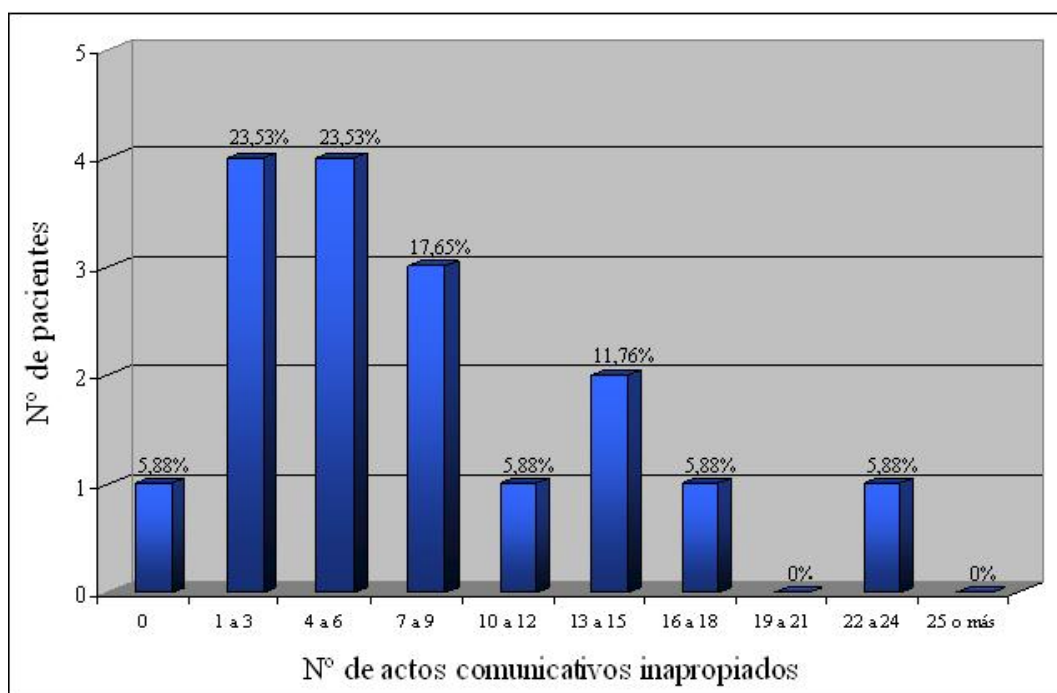


Gráfico 2. Número de actos comunicativos inapropiados presentados por la muestra.

En el Gráfico 3, se presenta el número de pacientes que manifestó actos comunicativos inapropiados según aspecto pragmático. En él se observa que, en todos los aspectos, el porcentaje de personas que exhibió al menos uno de estos actos supera al de las que no lo hicieron, acentuándose esta diferencia en el no verbal. De esta forma, se evidencia que en el

aspecto verbal el 70,59% y en el paralingüístico el 76,47% de las personas evaluadas presentó uno o más actos comunicativos inapropiados, mientras que, en el no verbal, el porcentaje aumenta a 88,24%.

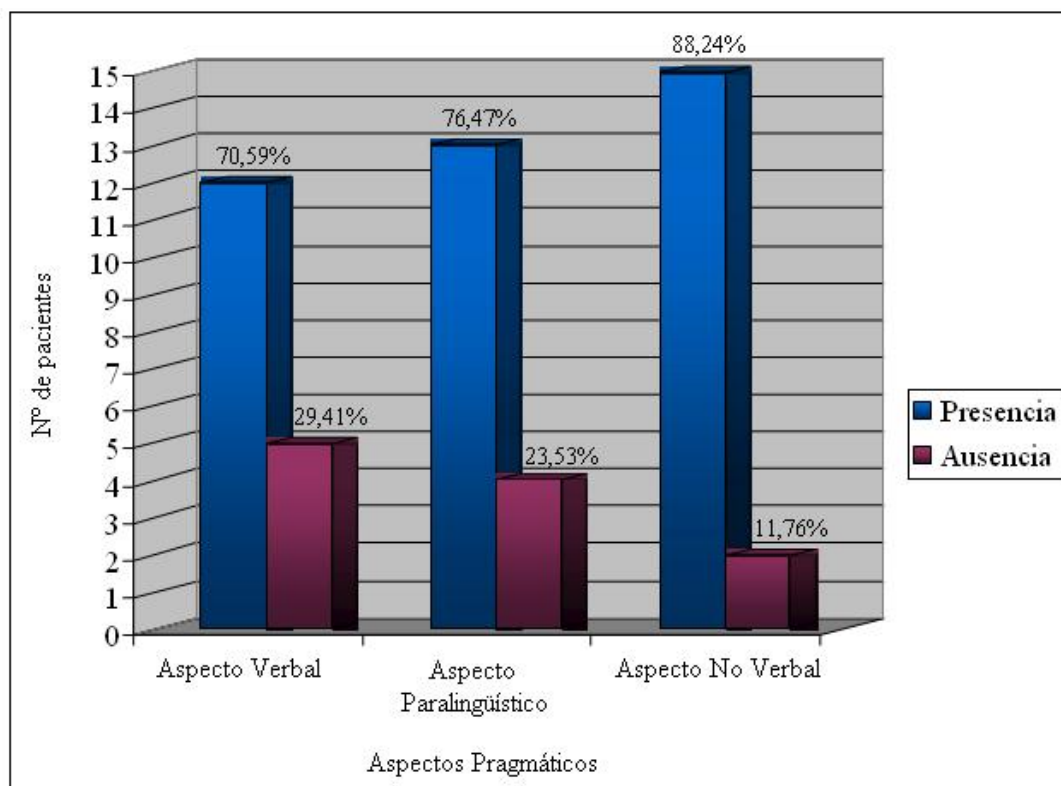


Gráfico 3. Número de pacientes que presentó actos comunicativos inapropiados en cada uno de los aspectos pragmáticos.

En relación al Gráfico 4, éste enseña la frecuencia con que se presentó cada acto comunicativo en forma inapropiada. En él se evidencia que dentro del aspecto verbal la mayor parte de los actos comunicativos se manifestaron de manera inadecuada en al menos dos pacientes, a excepción del N° 8 (respuesta). Por otra parte, los actos que se mostraron inapropiados en una mayor cantidad de pacientes fueron el N° 15 (cantidad y concisión) y el N° 29 (expresión facial), presentándose en 9 oportunidades. En orden decreciente, dentro de este aspecto, el N° 12 (retroalimentación al interlocutor) se observó inapropiado en 7 personas. Luego, 6 personas presentaron inapropiado el N° 3 (selección), al igual que el N° 4 (introducción) y el N° 16 (especificidad y precisión). Asimismo, el acto N° 1 (pares de

adyacencia) y N° 14 (contingencia) fueron exhibidos inapropiados en 5 sujetos. Los actos N° 2 (variedad de Actos de habla), N° 5 (mantención), N° 6 (cambio), N° 9 (reparación/revisión), N° 11 (interrupción/superposición) y N° 17 (cohesión) se observaron inapropiados en 4 sujetos. Finalmente, el N° 7 (iniciación), el N° 10 (tiempo de pausa), el N° 13 (contigüidad) y el N° 18 (adaptaciones al estilo comunicativo) se mostraron inadecuados en 2 pacientes.

En cuanto al aspecto paralingüístico, se evidenció inapropiado con mayor frecuencia el acto comunicativo N° 22 (prosodia), lo que se observó en 8 personas. Luego, el N° 21 (calidad de voz) en 6 y el N° 23 (fluidez) en 5 sujetos. Por último, el acto pragmático N° 20 (intensidad vocal) se mostró inapropiado en 3 pacientes y el N° 19 (inteligibilidad) en 2.

En lo referido al aspecto no verbal, se observó que el acto N° 29 (expresión facial) se presentó inadecuado en 9 personas, el N° 28 (gestos), al igual que el N° 27 (movimientos de manos, brazos, piernas y pies), en 7 y el N° 30 (dirección de la mirada) en 4. Además, 3 pacientes exhibieron de forma inapropiada el acto N° 26 (postura corporal). Finalmente, el N° 24 (proximidad física), al igual que el N° 25 (contactos físicos), sólo fueron manifestados de forma inapropiada por 1 persona.

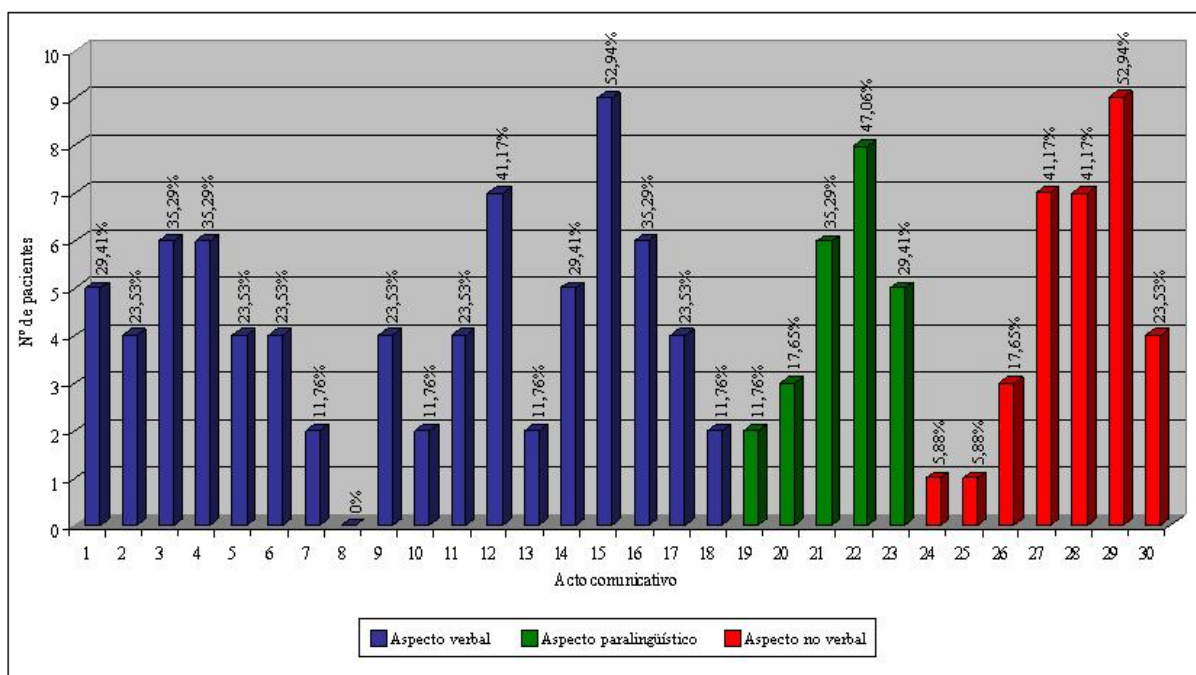


Gráfico 4. Frecuencia de presentación de actos comunicativos inapropiados en la muestra.

3.3.4. Escala de Evaluación TLC

En lo que se refiere a la Escala de Evaluación TLC, en el Gráfico 5 se señala el número de pacientes que presentó desórdenes del discurso según tipo de anormalidad. Se puede notar que el tipo que se presentó en mayor número de personas fue anormalidades de la comunicación, hallado en el 52,94% de los evaluados. Además, se aprecia que el 35,29% de los sujetos presentó anormalidades del pensamiento y el 23,53% del lenguaje.

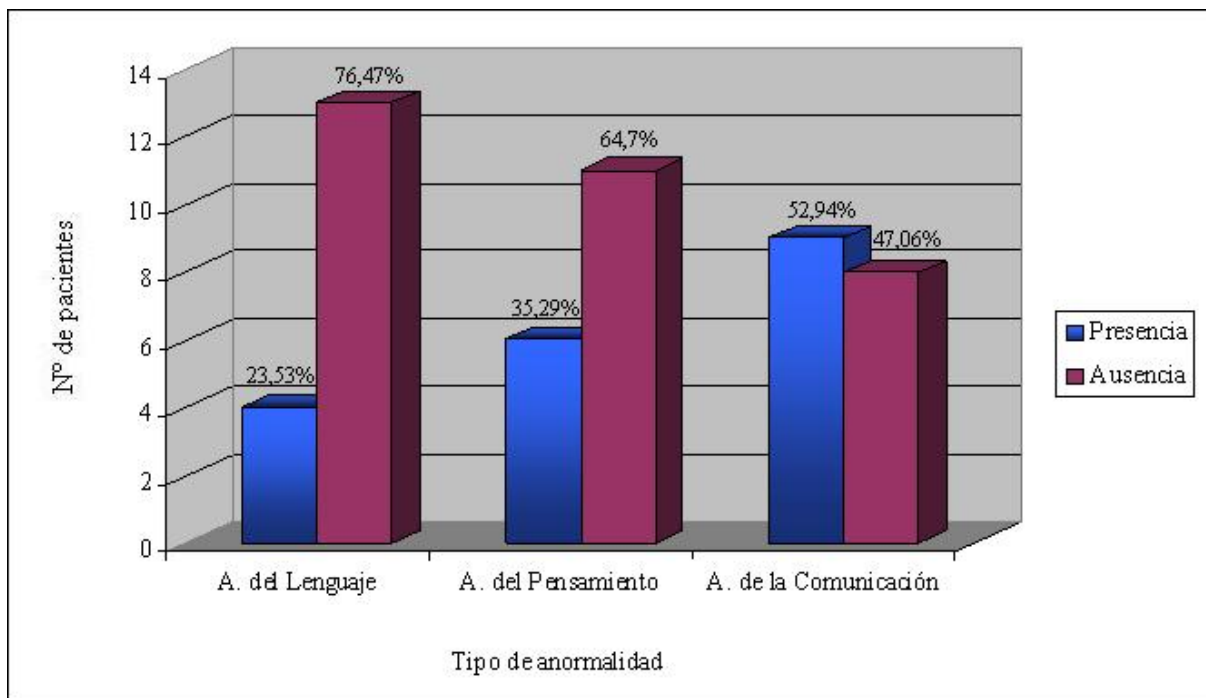


Gráfico 5. Frecuencia de presentación de los tres tipos de anormalidades de la Escala de Evaluación TLC en la muestra.

Finalmente, en el Gráfico 6 se muestra la frecuencia de aparición de cada una de las anormalidades del discurso evaluadas en este estudio. Se puede observar que los desórdenes que se presentaron con mayor frecuencia fueron pensamiento disgregado y tangencialidad, ambas manifestadas por 8 pacientes. La anormalidad que les sigue en frecuencia fue

verborrea, la cual se observó en 6 personas. Además, se encontraron otras anomalías de la comunicación en 5 pacientes, tales como pérdida de la meta y autorreferencia. Perseveración, al igual que incoherencia, se encontró en 4 personas, mientras que pobreza del pensamiento, del discurso y falta de lógica, en 3 personas. En cuanto a circunstancialidad, ésta se manifestó en 2 pacientes. Las anomalías del lenguaje, aproximación de palabras y neologismos; y de la comunicación, ecolalia y bloqueo, no se evidenciaron dentro del grupo evaluado.

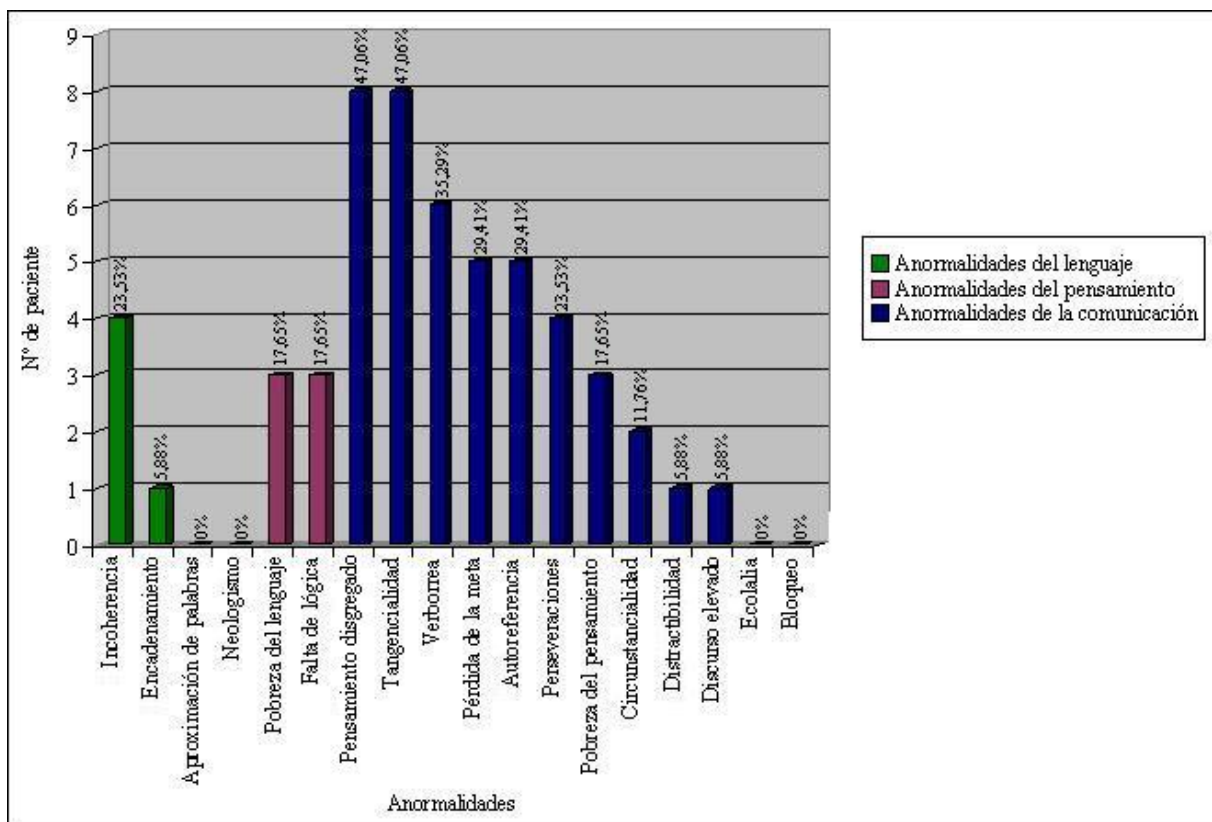


Gráfico 6. Frecuencia de aparición de las 18 anomalías de la Escala de Evaluación TLC en la muestra.

CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En el presente apartado, se realiza una interpretación de los datos conseguidos, definiendo las relaciones que se establecen entre ellos y efectuando contrastes con lo planteado en la teoría. Así, en primer lugar, se hará referencia a los aspectos más relevantes de los resultados obtenidos en este estudio. En segundo lugar, se abordará analíticamente las alteraciones del lenguaje y el discurso evidenciadas en los pacientes de la muestra, estableciendo probables patrones y presentando los aportes específicos de los resultados. Finalmente, se expondrán las proyecciones investigativas y terapéuticas de este estudio.

Para comenzar, con respecto a los resultados arrojados por la Prueba Nombrar Animales del Subtest de Denominación del Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados, se encontró que un importante número de pacientes (64,71% de la muestra) presentó alteración de fluidez verbal semántica. Así, según los resultados obtenidos en este estudio, se confirmaría lo planteado por los autores López y Malagold (2001), quienes afirman que la fluidez verbal semántica se encuentra descendida en las personas con Esquizofrenia. Aloia et al. (1998), Claridge y Tsakanikos (2004) e Isaacs, Marvel y Schwartz (2004), plantean que esto se debería a déficits en las funciones ejecutivas, los cuales producirían una desorganización en la memoria semántica que explicaría los bajos puntajes en pruebas de este tipo. Asimismo, un estudio de neuroimagen confirma la pobre activación de la corteza prefrontal durante la aplicación de tareas de fluidez verbal semántica (Curtis *et al.*, 1998, *cit.* en Kurachi *et al.*, 2005).

En relación a la observación de cómo se llevaron a cabo los actos comunicativos en las personas evaluadas, utilizando el Protocolo Pragmático de Prutting y Kirchner, se puede concluir que doce de ellas manifestaron alteraciones pragmáticas que entorpecen el uso social del lenguaje. De los cinco pacientes restantes, sólo uno no presentó actos comunicativos inapropiados durante la evaluación, mientras que en los otros cuatro sí se evidenciaron, pero éstos no interfirieron de forma significativa en su desempeño comunicativo, debido a que

pertenecían, en su mayoría, al aspecto no verbal. Así, éste fue el aspecto que se presentó inadecuado más frecuentemente en el total de los sujetos.

Dentro de los actos comunicativos que se observaron inapropiados con mayor frecuencia se encuentra cantidad y concisión, el que se presenta inadecuado en dos tipos de casos. En el primero, los pacientes son lacónicos, es decir, manifiestan un lenguaje disminuido en lo que concierne a cantidad. En ellos, se evidencia la falta de iniciativa y el retraimiento social propios de los síntomas negativos de la enfermedad. En el segundo, se aprecian personas que muestran un aumento en lo referido a cantidad de lenguaje, con respuestas poco concisas. En este caso, generalmente, se puede notar que los pacientes, además, otorgan información poco relevante durante la conversación, por lo que la contingencia también es inapropiada. Estas inadecuaciones podrían ser explicadas por un debilitamiento de las asociaciones en el discurso, el cual se debería a alteraciones en el proceso de evocación semántica (Mckenna, 2004). También, se vio que más del 40% de los evaluados presentó un insuficiente manejo de la retroalimentación del y hacia el interlocutor, lo que estaría relacionado con la escasa intencionalidad comunicativa de estos pacientes durante la conversación.

Asimismo, se evidenciaron errores en lo referido a tópico, lo que concuerda con lo encontrado por Elizur, Kasher y Meilijson en un estudio realizado durante el año 2004. En él, los autores refieren que las inadecuaciones de los actos referidos a tópico serían una de las características propias del lenguaje de las personas con Esquizofrenia, diferenciándola de otras condiciones psiquiátricas. De la misma forma, señalan que los actos correspondientes a mantención y cambio de tópico son los que presentan más inadecuación, lo que no coincide con lo hallado en esta investigación, ya que introducción y selección se encontraron inapropiados en un mayor número de pacientes. Esta discrepancia entre los resultados puede explicarse por diferencias tanto en las metodologías empleadas como en las muestras evaluadas.

De esta manera, considerando que los parámetros cantidad/concisión, contingencia y los actos concernientes a tópico se encontraron inapropiados en los pacientes evaluados en este estudio, es posible afirmar que ellos transgredieron las máximas de cantidad y relevancia. Así, no se ciñeron al Principio de Cooperación propuesto por Grice. De igual forma, se evidenció

una disminución en el reconocimiento de las expectativas del oyente debido a déficits en la capacidad de construir un modelo del estado mental del interlocutor, es decir, a fallas en la Teoría de la Mente.

En lo que respecta a los Actos de habla, cabe señalar que este aspecto también se mostró deficiente. Los pacientes evaluados con frecuencia presentaron déficit en la habilidad de alternar roles en la conversación en forma apropiada al contexto, lo que se manifestó como fallas en el parámetro pares de adyacencia. En estos casos, se exhibieron dos tipos de inadecuaciones. En el primero, están los pacientes que no iniciaron Actos de habla, es decir, no realizaron de forma espontánea requerimientos, comentarios o preguntas. Además, respondieron con dificultad a las peticiones y directivas del hablante, y sus respuestas fueron, en su mayoría, lacónicas. En el segundo, se encuentran los evaluados que llevaron a cabo un monólogo durante la mayor parte de la conversación, mostrando dificultades para adoptar el rol de oyente. Asimismo, se observó que en ambos casos, los pacientes no utilizaron ni reconocieron marcadores de interacción que apelan al interlocutor y a su colaboración en la conversación, como “¿me entiende?”, “¿verdad?”, “fíjate”, “mira”, “imagínate”, etcétera. De esta manera, no solicitaron una respuesta verbal o no verbal a su apelación. En definitiva, se puede observar que la intencionalidad comunicativa se encuentra disminuida en ambos casos y que los Actos de habla que estos pacientes realizan no persiguen un objetivo claro ni responden a las expectativas del interlocutor o al contexto comunicativo.

En lo que se refiere a la selección lexical en Actos de habla, se observó que los dos parámetros que componen este aspecto se presentaron deficientes en los pacientes evaluados. Con respecto a la cohesión, si bien en esta investigación no se realizó un estudio acabado sobre este parámetro (que incluya la transcripción del corpus conversacional y el análisis de cada uno de sus componentes), es posible mencionar que fue observado inapropiado en algunos pacientes. Esto se evidenció por las severas dificultades que mostró el oyente para seguir y comprender el mensaje de su interlocutor.

En relación a la especificidad y precisión lexical, este parámetro se encontró inapropiado debido, esencialmente, a dos factores. El primero corresponde al inadecuado uso de la

referencia, específicamente, a la utilización de referentes indirectos poco claros o de frases nominales cuyos referentes son ambiguos. En ambos casos, se supone información que no ha sido expuesta o de difícil acceso para el oyente. Estos errores se explican, desde una perspectiva psicolingüística, por fallas en la fase inicial de planificación del discurso. Esto se debe a que lo que se dice y el cómo se dice está condicionado por la idea que se tiene del interlocutor y de sus necesidades informativas (Cohen, 1978; Rochester & Martin, 1979, *cit.* en Belinchón, 1991), lo que no habrían considerado estos pacientes al llevar a cabo la planificación. El segundo factor concierne a elecciones inapropiadas de ítems léxicos. Estas inadecuaciones podrían ser causadas por una desorganización de la memoria semántica, la cual sería responsable de dificultades en la evocación de conceptos, provocando que el lenguaje de estas personas sea poco fluido y contenga errores léxicos.

Respecto de la fluidez, como ya se explicó antes, se presentó inapropiada debido, principalmente, a fallas en la evocación de conceptos que producen frecuentes interrupciones a lo largo de la conversación. Esto coincide con lo planteado por Allen *et al.* en 1993 (*cit.* en Covington *et al.*, 2005). Además, en algunos casos, se vio que la fluidez se alteró por un aumento considerable en la velocidad del habla. Este fenómeno podría explicarse, en muchas ocasiones, por un estado emocional derivado de la condición general de agitación o tensión en la que se encontraban los pacientes durante la evaluación. Con respecto a la voz, su inadecuada calidad, en algunos pacientes, podría deberse al uso de Benzodiacepinas (BDZ), las cuales podrían producir hipotonía de los órganos fonoarticulatorios y del velo del paladar (Monchablon, 2001). Esto influiría en el timbre de la voz, el que se volvería hipernasal, así como, también, en la inteligibilidad de los mensajes, por una deficiente modulación.

A su vez, los actos relacionados con la emocionalidad, como la prosodia y la expresión facial, fueron los que se presentaron inapropiados (disminuidos) con mayor frecuencia dentro del aspecto paralingüístico y no verbal, respectivamente. Esta inadecuación se explicaría por el aplanamiento emocional, apatía e hipomimia, propios de los síntomas negativos de la patología y/o por el uso de antipsicóticos típicos (Clorpromazina, Fluflenzina, Tioridazina y Haloperidol), los cuales provocan síntomas extrapiramidales. Lo anterior también explicaría la disminución en el uso de gestos, tanto para apoyar, complementar o reemplazar la conducta

verbal. Además, se apreciaron inapropiados frecuentemente los movimientos de manos, brazos, piernas y pies, lo que se explicaría por diversos factores. Éstos podrían ser propios de la enfermedad o corresponder a síntomas extrapiramidales, provocados por fármacos antipsicóticos típicos (Taborda, 2001).

En lo que concierne a los resultados obtenidos en la Escala de Evaluación TLC, se destaca que de las doce personas que presentaron desórdenes pragmáticos, diez de ellas también mostraron alteraciones en el discurso conversacional. Esto se debió a que las anomalías exhibidas por los pacientes les impedían un óptimo desempeño comunicativo. En relación al total de los evaluados, el tipo de trastorno que se manifestó en forma más repetida fue el que Andreasen denomina de comunicación. En éste, las anomalías que tuvieron mayor aparición fueron pensamiento disgregado, tangencialidad, verborrea, perseveración, pérdida de la meta y autorreferencia. Estas anomalías coinciden en su mayoría, exceptuando la autorreferencia, con las encontradas con mayor frecuencia en un estudio realizado por Andreasen en el año 1986. Sin embargo, la autora señala otros desórdenes de alta prevalencia que en el presente estudio no aparecieron con una frecuencia elevada, como pobreza del pensamiento, incoherencia, pobreza del discurso y falta de lógica. Esto podría explicarse por diferencias metodológicas y por el tamaño reducido de la muestra de esta investigación. Cabe destacar que los trastornos del lenguaje, prácticamente, no se evidenciaron en el grupo evaluado, a excepción de incoherencia, que fue identificada en cuatro pacientes.

Sobre lo anterior, resulta relevante señalar que cuando el discurso presenta algunas de las anomalías evaluadas por esta Escala, éste transgrede al menos uno de los criterios de textualidad propuestos por Dressler en 1981, por lo cual, deja de ser considerado comunicativo. En esta investigación, se evidenciaron faltas, principalmente, en los criterios de coherencia, cohesión, intencionalidad, informatividad y situacionalidad. Por ejemplo, en el pensamiento disgregado se manifestaron fallas de cohesión, coherencia e intencionalidad; en la autorreferencia hubo déficit en la situacionalidad y en la perseveración el discurso se torna poco informativo. Por otra parte, Chaika (*cit.* en Belinchón, 1987) justifica las anomalías como una falta de control sobre la selección de las unidades lingüísticas durante el proceso de producción del discurso. Además, agrega que las personas con Esquizofrenia no retornarían al

contexto tras la emisión de las primeras frases, en cambio, producirían palabras o frases que se asociarían a las emitidas previamente. Ante esto, la autora, estipula que existe una falta de inhibición de las asociaciones, lo que determina la producción de verbalizaciones inadecuadas.

En relación a los antecedentes obtenidos de cada paciente, es posible mencionar que éstos no se correlacionaron con las alteraciones encontradas con la Escala de Evaluación TLC. De esta forma, las correlaciones presentadas entre edad, nivel educacional y MMSE con la puntuación obtenida por los pacientes en la Escala de Evaluación TLC corresponden a $r = -0.48$, $r = -0.17$ y $r = 0.59$, respectivamente. Asimismo, Paulsen en 1996 y Sumiyochi en 2001, afirmaron que la fluidez verbal semántica depende, en parte, de la edad de aparición de la enfermedad, lo que no fue evidenciado en esta investigación, ya que la correlación obtenida entre estas dos variables corresponde a $r = -0.11$.

En síntesis, la Esquizofrenia es una enfermedad heterogénea que presenta diversas manifestaciones clínicas. Así, en esta investigación se encontraron pacientes con y sin alteración del lenguaje y el discurso. De esta forma, tomando en cuenta la evaluación del aspecto funcional del lenguaje y el discurso de los pacientes, se observaron tres patrones lingüísticos con características similares, los que coinciden con las agrupaciones que describieron Kraepelin y Bleuler (*cit. en Belinchón, 1991*). El primero corresponde a un perfil lacónico, caracterizado por pobreza del discurso, en el cual se observa una escasa iniciación de actos comunicativos. Además, las personas manifiestan disminuida la variedad de Actos de habla y adoptan, la mayor parte del tiempo, el rol de receptor; no introducen nuevos tópicos ni entregan una retroalimentación apropiada al hablante. Por otra parte, los aspectos emocionales del lenguaje se perciben aplanados y, en el aspecto no verbal, no dirigen la mirada hacia el interlocutor. En definitiva, el discurso carece de intencionalidad, lo que hace que éste no sea comunicativo. Al respecto, Kraepelin (*cit. en McKenna, 2005*) describe que el paciente se vuelve monosilábico, usando con moderación las palabras; repentinamente se vuelve mudo, nunca relata algo por su propia iniciativa y todas las respuestas son sacadas a presión de él. Conjuntamente, indica que la persona no establece relación con otros, no empieza una conversación, no pregunta, no se queja ni da a sus familiares noticia alguna. Tras esto es posible señalar que en esta investigación tres pacientes se incluyeron en este perfil, los cuales

manifestaron las dificultades explicadas anteriormente con distintos grados de compromiso, sin evidenciarse alteraciones que comprometieran severa o extremadamente la comunicación.

El segundo perfil corresponde al tipo bizarro, donde las personas exhiben pensamiento disgregado, verborrea, tangencialidad, pérdida de la meta, incoherencia, perseveración y autorreferencia. Además, la información que entregan suele ser poco contingente, con dificultades en lo concerniente a tópico, fallas en la intencionalidad, poca capacidad para reparar sus errores y problemas para reconocer y utilizar la retroalimentación al interlocutor. También, se evidencian alteraciones cohesivas, de especificidad y precisión lexical y de fluidez. Cabe destacar que todas las particularidades anteriormente nombradas generan un discurso complicado y difícil de seguir por el interlocutor. En este estudio, las características descritas en este perfil fueron observadas en nueve pacientes en forma heterogénea. Así, se puede decir que la pragmática y el discurso conversacional de ellos manifestó variaciones tanto en modalidad de presentación como en severidad. Respecto de esta última, se vio desde un desempeño comunicativo levemente alterado hasta un serio grado de compromiso que dificulta la comprensión por parte del oyente. Por último, el tercer perfil, evidenciado en cinco pacientes, se refiere a los que no presentan desórdenes de la pragmática ni del discurso que interfieren en la comunicación.

Es importante señalar que los déficits de fluidez verbal semántica no fueron considerados para la descripción de los perfiles. Esto se debió a que hubo pacientes pertenecientes a los tres grupos que presentaron, para esta habilidad, tanto puntajes reducidos como dentro de la norma. Además, los resultados de esta prueba no se correlacionaron con lo observado en la evaluación del aspecto funcional del lenguaje ni del discurso conversacional. De esta manera, el índice de correlación (r) entre el puntaje de la Escala de Evaluación TLC y la cantidad de animales nombrados fue de 0,03. Asimismo, $r = -0,23$ para la cantidad de actos comunicativos inapropiados y los puntos obtenidos en la prueba de fluidez verbal semántica.

Por su parte, Goldberg *et al.* (*cit. en Aloia et al., 1998*) encontraron que la fluencia semántica está más alterada que la fonológica en pacientes con Esquizofrenia, lo cual implica una desorganización de la memoria semántica. De esta manera, el uso desordenado del

lenguaje podría basarse, teóricamente, en anormalidades en la arquitectura semántica (Allegril *et al.*, 2005), la que, a su vez, se sustentaría en disfunciones ejecutivas (Aloia *et al.*, 1998). Considerando esto, las alteraciones del discurso conversacional y la pragmática, observadas en once y doce de los pacientes evaluados, respectivamente, residirían fundamentalmente en fallas en el sistema atencional supervisor, encargado de controlar las conductas que requieren de alguna forma de planificación conciente. Éstas causarían dificultades en la fase inicial de planificación y edición del discurso (Norman & Shallice, 1982, *cit.* en McKenna, 2005).

En relación a lo anterior, los resultados obtenidos en este estudio, tanto de la evaluación del discurso conversacional como de los aspectos formales y funcionales del lenguaje, sugerirían que esta hipótesis no explicaría por sí sola las alteraciones discursivas y pragmáticas observadas. Esto se debe a que no se pudo evidenciar una desorganización de la memoria semántica en todos los pacientes que presentaron un discurso o una pragmática desordenados, ya que cinco de ellos no tuvieron la fluidez verbal semántica reducida, así como tampoco se vio que todos los que nombraron pocos animales mostraron alteraciones en su discurso y pragmática.

De esta forma, según lo hallado en esta investigación, se apoya la hipótesis de que ni los trastornos de discurso ni los de lenguaje, en Esquizofrenia, son un fenómeno clínico unitario, sino que podrían ser explicados por más de una perturbación de base. Al respecto, se plantea que un quiebre de la competencia comunicativa habría interferido en el desempeño pragmático y discursivo de los pacientes evaluados. Así, fallas en el uso de estrategias cohesivas, en la comprensión del contexto y en tomar en cuenta las necesidades del oyente contribuirían con la explicación de las alteraciones observadas del discurso y la pragmática.

En cuanto a la competencia comunicativa, muchas de las personas evaluadas manifestaron fallas de cohesión y de uso del contexto. Además, durante la conversación, transgredieron las máximas de calidad, manera, cantidad y relevancia de Grice y los principios sobre los que se basa la Teoría de la Mente. Lo anterior se vio reflejado en falencias en la utilización del conocimiento compartido que existe entre hablante y oyente. Esto obstaculizaría la interpretación de aspectos cuyo significado va más allá de lo literal.

Asimismo, tuvieron dificultades para tomar en cuenta las necesidades del oyente al momento de llevar a cabo una conversación, lo que se debería a anomalías en los altos niveles de procesamiento del lenguaje, que involucran la planificación y ejecución del discurso (Frith, *cit.* en McKenna, 2005). Sin embargo, las causas que originan las alteraciones del lenguaje y el discurso en estos pacientes, sólo están definidas en base a supuestos. Esto se debe a que la mayoría de los estudios encontrados sobre el tema se remiten a describir los desórdenes, sin establecer relación entre ellos, ya que no son de carácter explicativo.

Por último, a raíz de los hallazgos obtenidos y las observaciones efectuadas en esta investigación, es posible realizar algunas proyecciones. En primer lugar, se sugiere estudiar la cohesión en personas con Esquizofrenia en Chile, ya que se evidenciaron dificultades cohesivas en los sujetos evaluados y, en la bibliografía revisada, se señala la presencia de ellas. En segundo lugar, es necesario efectuar estudios de carácter explicativo, con el fin de establecer las causas de las alteraciones lingüísticas y discursivas en pacientes con esta patología. Esto, debido a que la teoría carece de modelos que permitan tener una idea clara y coherente de cuáles son exactamente los procesos del lenguaje y el discurso que están alterados y que, por consiguiente, expliquen y predigan el comportamiento lingüístico y discursivo en Esquizofrenia. En tercer lugar, se propone hacer estudios con un universo mayor al que se abarcó en esta oportunidad, a través de un muestreo del universo compuesto por todas las personas diagnosticadas con la enfermedad que asistan a control a cualquier unidad de salud mental de Chile. De esta forma, se podría abarcar a aquellos pacientes que quedaron excluidos en esta ocasión por los criterios de selección. Esto permitiría observar, en un grupo más grande y heterogéneo, el comportamiento lingüístico y discursivo influenciado por diversos factores.

Por otra parte, se sugiere mejorar la Escala de Evaluación TLC, realizando modificaciones que lleven a una mayor objetividad de la herramienta. En último término, después de haber realizado el análisis de los datos arrojados por esta investigación, sería posible plantear una base teórica acerca de las falencias comunicativas que presentan las personas con Esquizofrenia en Chile. Esto permitiría la creación de un plan terapéutico con estrategias de intervención para los pacientes que presentan alteraciones lingüísticas y

discursivas, con el fin de mejorar su desempeño comunicativo, contribuyendo a su reintegración a la sociedad.

En síntesis, después de haber realizado el análisis de los datos, se puede concluir que el objetivo general se cumplió, ya que se identificó y describió cada una de las alteraciones lingüísticas y discursivas observadas en las personas con Esquizofrenia evaluadas en esta investigación. Así, se evidenció que hubo pacientes que presentaron una reducida fluidez verbal semántica, como también desórdenes de la pragmática y el discurso. Respecto de estas dos últimas perturbaciones, se pudo distinguir tres patrones: de tipo lacónico, bizarro y sin alteración.

Por otra parte, se debe mencionar que esta investigación tuvo limitaciones, como el número de la muestra, la disponibilidad de los pacientes, el tiempo con el que se contaba para realizar el estudio y la escasez de información sobre el tema en Chile. A pesar de esto, el análisis de los datos recolectados, sumado a lo descrito por Lingüistas, Psicólogos y Psiquiatras en la teoría, permite, desde un enfoque fonoaudiológico, sentar las bases para diseñar un plan terapéutico. De este modo, se plantea la posibilidad de que profesionales Fonoaudiólogos trabajen con adultos en el área de Salud Mental.

En este ámbito, el Fonoaudiólogo podría plantear objetivos terapéuticos orientados al desarrollo de habilidades lingüísticas y discursivas en pacientes con Esquizofrenia. Así, a través del trabajo para reorganizar la memoria semántica, se podría influir en las funciones ejecutivas y, por consiguiente, mejorar el desempeño lingüístico y discursivo. Por otra parte, en el aspecto pragmático, se deberían fomentar tanto los componentes verbales como no verbales de las habilidades de comunicación, entregando a los pacientes estrategias que les permitan manejar su lenguaje acorde a las situaciones comunicativas. Para esto, se propone el trabajo grupal, ya que este contexto permite, por una parte, abordar el aspecto pragmático en un ambiente natural, que exige a la persona manipular los actos comunicativos en función del otro, como tiempos de pausa, retroalimentación al interlocutor, contigüidad, etcétera, y por otra, facilitar la generalización de las habilidades adquiridas. Por último, en cuanto a las anomalías del discurso conversacional, el especialista podría intervenir sobre algunas de

éstas en forma indirecta, abordando los aspectos semánticos y pragmáticos del discurso. Además, como éste es una macroestructura, se haría necesario estimular sus aspectos cognitivos, como memoria y atención, desde un punto de vista lingüístico.

GLOSARIO

Abulia: trastorno de la psicomotricidad que consiste en una inactividad producto de la falta del aporte movilizador que ofrece la voluntad, que lleva a romper la inercia y realizar el acto o conducta (Capponi, 2000).

Alogia: empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves o completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad de habla espontánea (pobreza del discurso). A veces, el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (pobreza del pensamiento) (American Psychiatric Association, 2005).

Alteraciones del curso formal del pensamiento: trastorno en la forma del pensamiento más que en su contenido. El pensamiento se caracteriza por asociaciones laxas, neologismos y construcciones ilógicas. El curso del pensamiento es desordenado y la persona es definida como psicótica (Kaplan, 2000).

Alucinaciones: percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado (American Psychiatric Association, 2005).

Anhedonia: capacidad deteriorada para vivenciar o integrar sensaciones de placer (Page, 1982).

Atención dividida: habilidad para dividir la atención entre dos estímulos o canales (por ejemplo, el oído) (López & Malagold, 2001).

Atención selectiva o focalizada: habilidad para separar los estímulos relevantes de los irrelevantes (Botella & Ruiz Vargas, 1987).

Atención sostenida o de vigilancia: habilidad para sostener el proceso en el tiempo (López & Malagold, 2001).

Capacidad intelectual: destreza potencial de resolver situaciones novedosas mediante la improvisación de una respuesta adaptativa (Kaplan, 2000).

Cohesión léxica: conexión establecida a través de las palabras empleadas en el texto (Beaugrande, 1981).

Cohesión superficial: plano de los conocimientos gramaticales de las oraciones y que se ilustra en las reglas de reescritura y transformación, corresponde a lo denominado estructura superficial (Gómez, 1988).

Conciencia: capacidad de darse cuenta de sí mismo y del entorno (Kaplan, 2000).

Déficit neuropsicológicos: deficiencias presentadas en las funciones cognitivas superiores, tales como inteligencia, atención, memoria, funciones ejecutivas, habilidades visoperceptuales, visoespaciales y visoconstruccionales, funcionamiento emocional y funcionamiento adaptativo e independiente (Capponi, 1996).

Déficits cognoscitivos: deficiencias en el procesamiento de la información, una secuencia de operaciones mentales que engloba la recepción, el almacenamiento y la producción de información (Kaplan, 2000).

Delirios: creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas: de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos (American Psychiatric Association, 2005).

Desorden del Pensamiento: perturbación en el que sujeto no puede seguir la secuencia verbal o ideacional del discurso, no respeta las reglas fundamentales de la lógica, con ausencia de

contenidos que reflejen una adecuada conciencia de realidad y sin la capacidad de manejar sus ideas egosintónicamente (Capponi, 1996).

Disforia: estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad (Capponi, 1996).

Ecolalia: repetición psicopatológica por una persona de frases o palabras pronunciadas por otra (Kaplan, 2000).

Ecopraxia: imitación patológica de los movimientos de una persona por otra. (Kaplan, 2000).

Estupor: estado en el que no se responde a estimulación y se acompaña de inmovilidad y mutismo (American Psychiatric Association, 2005).

Flexibilidad cérea: trastorno de la psicomotricidad en que el paciente suprime los movimientos espontáneos. No ofrece resistencia ni rigidez frente a la movilización de sus miembros por parte del examinador (Capponi, 2000). También es llamada catalepsia cérea o flexible.

Funciones ejecutivas: conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación, el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas. Además, opera en la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio (Pineda, 2000).

Medicación neuroléptica: psicofármacos más importantes en el tratamiento de la Esquizofrenia, que poseen efectos antipsicóticos y ansiolíticos. Su acción se manifiesta en una reducción de la productividad psicótica y de la agitación psicomotora, especialmente. Además, los neurolépticos tienen efectos extrapiramidales y sobre las funciones neurovegetativas (Gomberoff, 1986). Son llamados también antipsicóticos típicos.

Memoria de trabajo: responsable de retener la información por un corto periodo de tiempo a la vez que está siendo organizada (López & Malagold, 2001).

Memoria semántica: incluye cualquier conocimiento no adquirido en algún acontecimiento biográfico, conocimientos generales sobre el mundo, significados de las palabras, reglas sobre convenciones sociales, conceptos abstractos como verdad, justicia, etcétera y, también, conocimientos de uno mismo. (McKenna, 2005).

Referencia: acto de referirse a un elemento anterior o posterior, manifestando relación semántica (Beaugrande, 1981).

Síntomas prodrómicos: signos o síntomas premonitorios o anticipados de un trastorno (Kaplan, 2000).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allegril, R.; Dillon, C.; Harris, P.; Iturry, M.; López, L.; Raczowsky, L.; Serrano, C.; Taragano, F.; Villar, V. (2005) Estudio de las Alteraciones Cognitivas en Pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia. Estudio Multicéntrico. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 12, 402 - 408.
2. Aloia, M.; Goldberg, T.; Gourovitch, M.; Missar, D.; Pickar, D.; Weinberger, D. (1998) Cognitive substrate of thought disorder, I: The Semantic system. *American Journal of Psychiatry*. 155, 1671 – 1676.
3. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición texto revisado*. Barcelona. Editorial Masson. (2005)
4. Andreasen, N. (1986) Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication. *Schizophrenia Bulletin*. 12, 473-482.
5. Andreasen, N. (1979). “Thought, Language and Communication disorders. II Diagnostic Significance”. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1325 – 1330.
6. Beaugrande, R.; Dressler, W. (1981). *Introduction to text linguistic*. New York: Editorial Longman.
7. Belinchón, M. (1991). Comunicación y Lenguaje en la Esquizofrenia. En C. Castilla & J. Ruiz-Vargas, *Aspectos Cognitivos de la Esquizofrenia* (pp. 99-125). Madrid: Ed. Trotta.
8. Belinchón, M.; Igoa, J. M.; Rivière, A. (1998). *Psicología del lenguaje: investigación y teoría*. Cuarta edición. Valladolid: Editorial Trotta.
9. Belinchón, M. (1987). Lenguaje. En J. Ruiz-Vargas, *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*. (pp. 209 – 258). Madrid: Editorial Alianza Psicología.
10. Best, J. (2002). *Psicología Cognoscitiva*. Quinta edición. México: Editorial Thompson.
11. Calil, H.; Castel, S. (2001). Antipsicóticos atípicos. En J. Téllez & A. López, *Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia* (287-302). Bogotá: Editorial Nuevo Milenio.
12. Calsamiglia, H.; Tusón, A. (1999). *Las cosas del decir: manual de análisis del discurso*. Primera edición. Barcelona: Editorial Ariel, S. A.
13. Capponi, R. (1996). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Cuarta edición. Santiago: Editorial Universitaria.

14. Claridge, C.; Tsakanikos, E. (2005). Less words, more words: psychometric schizotypy and verbal fluency. *Personality and Individual Differences*. 39, 705 – 713.
15. Covington, M.; He, C.; Brown, C.; Naçi, L.; McClain, J.; Sirmon Fjordbak, B.; Semple, J.; Brown, J. (2005). Schizophrenia and the structure of language: the linguist's view. *Schizophrenia research*. 77. 85-98.
16. Demers-Desrosiers, L.; Lecours, A.R. (1988). Lenguaje y Psiquiatría en J.A. Rondal & X. Serón, *Trastornos del lenguaje v.3. Afasia, retraso del lenguaje y dislexia* (p737 – 754). Primera edición. Barcelona: Editorial Paidós.
17. Elizur, A.; Kasher, A.; Meilijson, S. (2004). Language performance in chronic schizizophrenia: a pragmatic approach. *Journal of speech, language, and hearing research*. 47, 695-713.
18. Gomberoff, L.; Olivos, P. (1986). *Manual de psiquiatría*. Santiago: Editorial Mediterráneo.
19. Gómez, L.; Peronard, M. (1988). *El lenguaje humano: léxico fundamental para la iniciación lingüística*. Valparaíso: Editorial Universidad Católica de Valparaíso.
20. Goodglass, H.; Kaplan, E. (1996). *Test de Boston para la Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados*. Segunda edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
21. Halliday, M. A. K. (1982). *Exploraciones sobre las funciones del lenguaje*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica, S. A.
22. Isaacs, K.; Marvel, C.; Schwartz, B. (2004). Word production deficits in schizophrenia. *Brain and Language*. 89, 182 – 191.
23. Kaplan, H. (2000). *Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta psiquiatría clínica*. Octava edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
24. Kohn, R.; Rioseco, P.; Valdivia, S.; Torres, S.; Vicente, B. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 34, 506 – 514.
25. Karachi, M.; Matsui, M.; Niwa, S.; Nohara, S.; Sumiyochi, C.; Sumiyochi, T.; Yamashita, I. (2005) *Schizophrenia Research*. 74, 91 – 100.
26. López, A.; Malagold, S. (2001). Trastornos cognoscitivos en las esquizofrenias. En J. Téllez & A. López, *Aspectos neurocognitivos de la esquizofrenia* (pp. 115 - 134). Bogotá: Editorial Nuevo Milenio.

27. Martínez, E. (1995). *Bases para el estudio del lenguaje*. Primera edición. Barcelona: Editorial Octaedro.
28. McKenna, P.; Oh, T. (2005). *Schizophrenic Speech*. First edition. London: Cambridge University Press.
29. Mendoza, E. (2001). *Trastorno específico del lenguaje*. Madrid: Ediciones Pirámide.
30. Ministerio de Salud (2002). *Protocolo AUGE. Tratamiento de personas con primer episodio de Esquizofrenia*. Chile.
31. Monchablon, A. (2001). El efecto catatónico. En J. Téllez & A. López, *Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia* (pp. 217-235). Bogotá: Editorial Nuevo Milenio.
32. Owens, R. (2003). *Desarrollo del lenguaje*. Quinta edición. Madrid: Editorial Pearson.
33. Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Editorial Meditor.
34. Page, J. (1982). *Manual de Psicopatología*. Barcelona: Ediciones Paidós.
35. Pavez, M.; Coloma, C. (2002). *El discurso no conversacional. Conceptos básicos*. Santiago: Editorial Universidad de Chile.
36. Pineda, D. (2000). Las funciones ejecutivas y sus trastornos. *Revista de Neurología*. 30, 764 – 768.
37. Prutting, C.; Kirchner, D. (1987). A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 52, 105 – 119.
38. Renkema, J. (1999). *Introducción a los estudios sobre el discurso*. Barcelona: Editorial Gedisa.
39. Rodríguez, G. (1990). Introducción al análisis del discurso. *Documentos Lingüísticos y Literarios* 16, 46 – 48.
40. Rovner, J. (2006). Curso sobre la Esquizofrenia [En línea]. Disponible en: http://personales.ya.com/laemental/curso_esq.pdf
41. Ruiz-Vargas, J. (1987). *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*. Madrid: Editorial Alianza.

42. Searle, J. (2001). *Actos de habla: ensayo de filosofía del lenguaje*. Quinta edición. Madrid: Editorial Cátedra.
43. Stuardo, C. (2005). *Tratamiento, rehabilitación y manejo del paciente con esquizofrenia* [Curso de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso].
44. Taborda, L. (2001). Antipsicóticos típicos. En J. Téllez & A. López, *Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia* (273-286). Bogotá: Editorial Nuevo Milenio.
45. Van Dijk, T. (2001). *El discurso como estructura y proceso*. Barcelona: Editorial Gedisa.
46. Thomas, P.; King, K.; Frase, W. I.; Kendell, R. E. (1990). "Linguistic Performance in Schizophrenia: a Comparison of Acute and Chronic Patients". *British Journal of Psychiatry*, 156, 204 – 210.
47. Vygotsky, L. (1995). *Pensamiento y Lenguaje*. Barcelona: Editorial Paidós.